

E-ISSN 2148-5348  
ISSN 1300-0853

# sted

'Bilimsel  
ve Destek'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION  
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION

OCAK | JANUARY  
ŞUBAT | FEBRUARY  
2018 | 2018  
CİLT 27 | VOLUME 27  
SAYI 1 | ISSUE 1

# 1





### Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

### Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

### Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

### Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

#### Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

#### Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

#### Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

#### Beslenme ve Diyetetik /

#### Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Dr. Hülya Yardımcı

#### Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

#### Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Zelal Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

#### Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

#### Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

#### Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

#### Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

#### Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

#### Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

#### Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

#### İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

#### Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

#### Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

#### Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

#### Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

#### Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

#### Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

#### Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Arif Onan

#### Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

#### Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

### Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. M. Raşit Tükel

### Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

#### Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi  
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara  
Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53  
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr)

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.  
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa Plaza No:  
5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara  
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil No:  
131/133

Baskı Tarihi: Mart 2018



### Merhaba,

Dr. Handan Çetiner ve Dr. Sevim Ulupınar **“Sağlık Profesyoneli Olan ve Olmayan Hastane Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”** isimli çalışmalarında hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanının orta düzeyde olduğu saptamışlar. Yazarlar çalışmalarında sağlık profesyoneli olan ve olmayan hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark bulamamışlar.

Dr. Dilan Kızırmak ve arkadaşları **“Bir Üniversite Yerleşkesinin Açık Alanını Kullanan Kişilerin Güneşten Korunma Davranışları”** isimli araştırmalarında korunma davranışının tamamını uygulayanların yüzdesinin düşük bulunmasının sebebi olarak toplumun güneşin zararlı etkileri hakkında yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip olmaması olabileceğini ileri sürmektedirler.

Melda Kangalgil ve arkadaşları **“Gebelikte Kazanılan Vücut Ağırlığı ile Yenidoğanın Bazı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Bir Araştırma”** başlıklı çalışmalarında gebelik süresince istenilen toplam vücut ağırlığı kazanımının yenidoğanın gestasyon haftasına, doğum ağırlığına, doğum boyuna ve baş çevresine olumlu etkisinin olduğunu saptamışlar. Ayrıca gebelikte



Fotoğraf: **“Çocuk olmak”** Züleyha Tehinoğlu  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

toplam ağırlık kazanımı ile yenidoğanın albümin ve total protein değerleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüş.

Hem. Elif Saime Güler ve Dr. Emre Yanıkkörem **“Kadınların Doğum Yöntemleri ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri”** isimli çalışmalarında kadınların çoğunluğunun normal doğum hakkında olumlu bir bakış açısı olduğunu belirlemişler. Yazarlar, prenatal bakım boyunca kadınların doğum yöntemleri hakkında bilgilerini artırma sezaryen sonrası vajinal doğum oranlarını yükseltebileceğini ileri sürmektedirler.

Dr. Oya Kavlak ve arkadaşları **“Üniversite Öğrencilerinin Erken Yaş Evlilikler Hakkında Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi”** isimli çalışmalarında ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aldıkları eğitim sayesinde erken yaş evlilikleri ile ilgili teorik bilgilerinin yeterli olduğu belirlenmesine karşın konu ile ilgili çözüm önerileri geliştirme ve yürütülen projeler ile ilgili farkındalıklarının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda öğrencilerin erken yaş evliliklerin önlenmesinde kritik düşünme yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik müdahalelerin eğitim programlarına entegre edilmesi önerilmektedir.

Dr. Orhan Odabaşı **“TTB Yüksek Onur Kurulu 2008-2010 ve 2010-2012 Dönemi Kararları Üzerinden Değerlendirme”** isimli çalışmasında hekimlik uygulamaları disiplin süreçlerinde yapılması gerekenin mağduriyetlerin hızla giderilmesi olduğunu vurguluyor. Yazar, sağlık sistem analizi yapmaksızın hekimlik uygulamalarında yaşanan sorunlarda, tek sorumlunun hekim olarak gösterilmesinin sorunun çözümüne katkı sunmayacağını vurgulanmaktadır.

Dr. Funda Evcili ve arkadaşları **“Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Annelik Rolüne Hazıroluşluk Durumlarının ve Özgüvenlerinin Değerlendirilmesi”** isimli çalışmalarında kadınların annelik rolüne hazırlanmasında ve bebek bakımına dair özgüvenlerinin artırılmasında gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan bireyselleştirilmiş ebelik / hemşirelik bakımına gereksinimleri olduğu vurgulanmaktadır.

Mahmut Karatay ve arkadaşları **“Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddetine İlişkin Tutum ve Davranışları”** isimli çalışmalarında üniversite öğrenci grubunda, flört şiddeti farkındalığı düşük olup, partnerine şiddet uygulama davranışının ise önemli boyutlarda olduğu görülmüş.

Dr. Onur Naci Karahancı ve Dr. Nüket Örnek Büken **“Evrensel Etik İlkeler Işığında Açlık Grevleri ve Hekimlik”** başlığında Editör'e Mektup bölümünde değerlendirmelerini okurlarımızla paylaşmaktadırlar.

**Bilimsel ve dostça kalın.**

## Araştırma / Research

- Sağlık Profesyoneli Olan ve Olmayan Hastane Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları  
*Healthy Lifestyle Behaviours Among The Healthcare Professionals and Non-Professional Employees Working in a Hospital*  
Dr. Handan Çetiner, Dr. Sevim Ulupınar 1
- Bir Üniversite Yerleşkesinin Açık Alanını Kullanan Kişilerin Güneşten Korunma Davranışları  
*Sun Protection Behaviours among the People Using Outdoor Areas of a University Campus*  
Dr. Dilan Kızıllırmak, Dr. Ebru Doğan, Dr. Fatma Yörük, Dr. Fatma Zehra Kırşan,  
Dr. Hanife Özkan, Dr. Merve Tekinemre, Dr. Tuğba Meliha Fatma Ercan,  
Dr. Eda Gözel Kaptı, Dr. Meltem Şengelen, Dr. Dilek Aslan 11
- Gebelikte Kazanılan Vücut Ağırlığı İle Yenidoğanın Bazı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Bir Araştırma  
*An Investigation of the Relationship Between Weight Gain in Pregnancy and Some Characteristics of Newborn*  
Melda Kangalgil, Ayşe Nur Acar, Dr. Hülya Yardımcı 20
- Kadınların Doğum Yöntemleri ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri  
*The Views of Women towards the Mode of Delivery and Vaginal Birth after Caesarean*  
Hem. Elif Saime Güler, Dr. Emre Yanıkkereem 27
- Üniversite Öğrencilerinin Erken Yaş Evlilikler Hakkında Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi  
*Examination of Information and Opinions of*  
Dr. Oya Kavlak, Dr. Şenay Ünsal Atan, Öznur Yaşar, Nilüfer Tok Yanık 37
- TTB Yüksek Onur Kurulu 2008-2010 ve 2010-2012 Dönemi Kararları Üzerinden Değerlendirme  
*An Evaluation through 2008-2010 and 2010-2012 Resolutions*  
Adopted by Turkish Medical Association (TMA) High Disciplinary Board  
Dr. Orhan Odabaşı 45
- Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Annelik Rolüne Hazıroluşluk Durumlarının ve Özgüvenlerinin Değerlendirilmesi  
*The Evaluation of Readiness to Maternal Role And Self - Confidence of Women in Postpartum Period*  
Dr. Funda Evcili, Dr. Mine Bekar, Dr. Burcu Yurtsal, Gülçin Abak, Berrin Tali, Sultan Temel 56
- Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddetine İlişkin Tutum ve Davranışları  
*Attitudes and Behaviors of University Students Towards Dating Violence*  
Mahmut Karatay, Dr. Gülnaz Karatay, Dr. Nazan Gürarlan Baş, Kazım 62

## Editör'e Mektup /Letter to the Editor

- Evrensel Etik İlkeler Işığında Açlık Grevleri ve Hekimlik  
Dr. Onur Naci Karahancı, Dr. Nüket Örnek Büken I

## Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



### Kamile Kurt

1970 Söke doğumluyum. Aslen Amasya Gümüşhacıköylüyüm. 1994'te Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2001 yılında 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde patoloji ihtisasımı tamamladım. AÖF Fotoğrafçılık ve Kameramanlık bölümü mezunuyum. 2013-2015 yılları arasında Manisa Tabip Odası yönetim kurulu üyesi olarak çalıştım ve kadın kollarında aktif olarak halen çalışmaktayım. Aynı zamanda Türk Tabipleri Birliği Edebiyat kolu üyesiyim. Şu anda Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde patoloji uzmanlığı görevimi sürdürmekteyim. Fotoğrafgezginleri.wordpress.com sitesinde gezi yazıları yazmaktayım. Dört kişisel resim sergisi açtım. 30'dan fazla karma resim sergisine, 10 karma fotoğraf sergisine katıldım. Resim ve fotoğraf yarışmalarında ödüllerim var. Bir çocuk annesiyim.

# Sağlık Profesyoneli Olan ve Olmayan Hastane Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları\*

Healthy Lifestyle Behaviours Among The Healthcare Professionals and Non-Professional Employees Working in a Hospital

Araştırma



Research

Handan Çetiner<sup>1</sup>, Dr. Sevim Ulupınar<sup>2</sup>

Geliş/Received : 01.12.2016  
Kabul/Accepted : 17.06.2017

## Öz

**Amaç:** Araştırmanın amacı, hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Evreni, bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 1026, örnekleme 858 çalışan oluşturdu. Veriler anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II kullanılarak toplandı.

**Bulgular:** Katılımcıların %53,4'ü sağlık profesyoneli, %46,6'sı sağlık profesyoneli değildir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanı orta düzeyde olup; fiziksel aktivite en düşük, manevi gelişim en yüksek puan alınan alt boyutlardır. Alt boyutlardan manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanı sağlık profesyonellerinde; stres yönetimi puanı sağlık profesyoneli olmayan grupta daha yüksektir. Sağlık profesyoneli olan grupta; sağlık sorunu görülme ve özel sağlık sigortası yaptırma, sağlık sorunu yaşadığında kendisi çözmeye ve ihmal etme oranı daha yüksek; kendini sağlıklı hissetme, sağlıklı yaşadığına inanma ve sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcadığına inanma oranı daha düşüktür. Sağlık profesyonelleri hastanede çalışmanın sağlık davranışları ve alışkanlıklarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Sağlık çalışanı olmayan grupta; 1. derece obez oranı daha yüksektir, sağlık sorunu yaşadığında hemen hastaneye başvurma, düzenli sağlık kontrolü ve inceleme yaptırma oranı daha fazladır.

**Sonuç:** Hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanının orta düzeyde olduğu belirlendi. Sağlık profesyoneli olan ve olmayan hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmadı.

**Anahtar sözcükler:** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Sağlığı geliştirme, Sağlık çalışanları

## Abstract

**Aim:** The purpose of this study is to determine healthy lifestyle behaviours among hospital employees.

**Material and Method:** The universe of the study consisted of 1026 employees working in a training and research hospital and the study sample was composed of 858 workers of this hospital. The data were collected by using a questionnaire and Health Promoting Lifestyle Profile II Scale.

**Findings:** 53,4% of the participants were professional healthcare workers, 46,6% of them were non-professional hospital workers. The scores on Healthy Lifestyle Behaviour Scale were at medium level; the lowest scores were for physical activity sub-dimension and the spiritual development was the sub-dimension with highest scores. The scores of the professional healthcare workers for spiritual development and interpersonal relationships sub-dimensions and stress management scores of non-professional workers were found to be higher. Among the group of healthcare professionals, the prevalence of health problems, having private health insurance, solving health problems they experienced by themselves and neglecting these problems was higher; the rate for feeling healthy, believing that they live healthily and make an adequate effort to maintain their health was lower. The healthcare professionals stated that working in hospitals affects health behaviours and habits negatively. In non-professional workers group, primary obesity prevalence was higher, the ratio of applying at the hospital immediately for health problems, having regular health check-ups and laboratory tests was higher.

**Conclusion:** Hospital workers' total scores on the healthy lifestyle behaviours scale were found to be at medium level. There was no significant difference between the total scores of professional healthcare workers and non-professional workers on healthy lifestyle behaviours scale.

**Key words:** Healthy lifestyle behaviours, Health promotion, Healthcare worker

\*VII. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi'nde (8-10 Nisan 2015-İstanbul) poster olarak sunulmuş

1 Uzm. Hem.; Eyüp Devlet Hast.Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

2 Doç. Dr. İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Hemşirelikte Eğitim AD, İstanbul

## Giriş

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların tümüdür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken sağlık durumuna uygun davranışları seçebilmesi şeklinde ifade edilir (1). Sağlıklı yaşam biçimi, yalnızca hastalıklardan koruyucu davranışları değil sağlığı geliştiren davranışları da kapsar. Bunlar; bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmesini sağlayan davranışlar olup; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, yeterli ve dengeli beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, sigara kullanmama ve hijyenik önlemler gibi davranışlardır (2). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD); sağlıklı beslenme, entelektüel kapasitenin artması, bağışıklık düzeyinin artması, kalp-damar hastalıklardan korunabilme, normal beden ağırlığını koruyabilme, stresle uygun bir biçimde başa çıkabilme ve sağlıklı yaşamın birey için taşıdığı anlamdır (1,3). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi, sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelidir (4).

Sağlığı geliştirmeye yönelik olumlu davranışlar, bireyin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumaya yönelik bilinçli çabalardan oluşur. Birey, karşılaşacağı riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadığında ya da değer yargıları davranış biçimini değiştirmesi için yeterli olmadığında sağlığını bozucu tutum ve davranışlar sergileyebilir (5). Bilinçsizce sürdürülen zararlı alışkanlıklar, yaşamı ve sağlığı olumsuz yönde etkiler. Sağlıklı bir yaşam için bireyin sorun çözme, çatışma yönetme, etkili iletişim becerilerinin olması gerekir.

Hastaneler, sağlık sisteminin en büyük alt sistemini oluşturan ve hizmet üretiminin önemli bir bölümünü üstlenen, toplumun ve bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli rol oynayan kurumlardır. Değişik hizmet grupları, farklı eğitim düzeyine sahip personel ve sürekli gelişen teknoloji, hastanelerin en tipik özellikleridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflamasına göre sağlık çalışanları; hekimler,

hemşire ve ebeler, diş hekimleri, ilaç ile ilgili personel (eczacılar), laboratuvar sağlık çalışanları, çevre ve halk sağlığı çalışanları, toplum ve geleneksel sağlık çalışanları, diğer sağlık hizmet sağlayıcıları ile sağlık yönetimi ve destek çalışanlarından oluşmaktadır (6). Sağlık çalışanları, hem mesleki sorumluluğu hem sosyal rolleri ve sağlık eğitimcisi kimlikleri gereği yaşam biçimi ile rol modeli olma ve hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bu nedenle sağlığı geliştirme aktivitelerinde tüm sağlık çalışanlarına çok büyük sorumluluk düşmektedir. Bu sorumluluklardan biri, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkları belirleme ve topluma sağlıklı yaşam bilinci kazandırmadır. Bu nedenle, her sağlık çalışanı, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için rol model olduğunun farkında olmalıdır (1,4,7).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu edinen çalışmalar incelendiğinde hastalar, öğrenciler, öğretim görevlileri, sağlık çalışanları ve farklı meslek grupları ile yapılmış araştırmalar yapıldığı görülmüştür. Bu çalışmalarda, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen etmenler araştırılmıştır. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda; sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından kendini gerçekleştirme konusunda iyi olduğu ve en düşük puanları egzersiz alt boyutunda aldığı (8,9,10,11,12) belirlenmiştir. İlgili literatürde sağlık profesyoneli olan ve sağlık profesyoneli olmayan grupların karşılaştırıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırmamızda, topluma sağlık alanında rol model olan ve rehberlik eden sağlık profesyonelleri ile diğer hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını karşılaştırmak; katılımcıların mesleki ve sosyo-demografik özellikleri, sağlıkla ilgili tutum ve davranışları gibi değişkenlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Sonuçların hastane çalışanlarının sağlığı geliştirme davranışlarının iyileştirilmesi açısından farkındalık yaratacağı ve bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

## Araştırmada yanıt aranan sorular şunlardır:

1. Katılımcıların mesleki ve sosyo-demografik özellikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiliyor mu?

2. Katılımcıların sağlıklıyla ilgili tutum ve davranışları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiliyor mu?

3. Sağlık profesyonellerinin ve diğer hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark var mı?

### Gereç ve Yöntem

Araştırma, İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinde kurum izni ve etik kurul onayı (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul 21.12.2012-25 sayı) alınarak yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini; bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık profesyoneli (SP) ve sağlık profesyoneli olmayan (SPO) 1026 kişi oluşturmaktadır. SP olan grupta hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni, eczacı ve psikolog; SPO grupta teknisyen (elektrik, biyomedikal), memur (idari alanda çalışan memur, sekreter) ve personel (temizlik, güvenlik, yemekhane) yer almaktadır. Evren, örneklem olarak alınmış ve tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü sırada ulaşılamayan 54 kişi (senelik izin, doğum, kurum dışı görevlendirme vb.) ve çalışmaya katılmak istemeyen 83 kişi örnekleme alınmamıştır. Araştırmanın örneklemini gönüllü 889 kişi oluşturmuş (katılım oranı %86,6); 31 anket eksik ve hatalı doldurulduğu için geçersiz kabul edilmiş; araştırma 458 SP ve 400 SPO kişi olmak üzere toplam 858 kişi ile tamamlanmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II kullanılarak toplanmıştır. Anket formu; demografik özellikler, sağlıklıyla ilgili tutum ve davranışları içeren toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II; Walker ve ark.(1996) tarafından revize edilen ve Bahar ve ark.(2008) tarafından Türkçeye uyarlanan bir ölçektir; bireyin sağlığı geliştiren davranışlarını değerlendirmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmakta ve 6 alt faktörü (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi) bulunmaktadır. Derecelendirme 4'lü likert (1-Hiçbir zaman 4-Düzenli olarak) şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Puanın artması, katılımcının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha olumlu değerlendirdiğini ifade etmektedir. Ölçeğin orijinalinde güvenilirlik katsayısı .94; Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında ise .92 olarak bulunmuştur (2). Araştırmamızda, ölçeğin güvenilirlik katsayısının .93 olduğu belirlenmiştir.

Veriler, Mart-Nisan 2013 tarihleri arasında, çalışmanın amacı ve verilerin gizliliği konusunda gerekli açıklamalar yapılarak, kapalı zarf ve bire bir görüşme yöntemi kullanılarak ve gönüllülük esas alınarak toplanmıştır.

Veriler istatistik uzmanı tarafından NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 programında; ortalama, standart sapma, frekans, student t,

**Tablo 1.** Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler		SP 458 (%53,4)	SPO 400 (%46,6)	Toplam 858
Cinsiyet	Kadın	338 (71,5)	135 (28,5)	473 (55,1)
	Erkek	182 (47,3)	203 (52,7)	385 (44,9)
Öğrenim düzeyi	İlkokul	0 (0)	153 (100)	153 (17,8)
	Lise	93 (47,3)	103 (52,6)	196 (2,8)
	Ön lisans	93 (69,9)	40 (30,1)	133 (15,5)
	Lisans	174 (82,9)	36 (17,1)	210 (24,5)
	Lisans üstü	160 (96,4)	6 (3,6)	166 (19,3)
Medeni durum	Evli	278 (55,6)	222 (44,4)	500 (58,3)
	Bekar	242 (67,6)	116 (32,4)	358 (41,7)
Çalışma biçimi	Gündüz	168 (40,3)	249 (59,7)	417 (48,6)
	Nöbet	352 (79,8)	89 (20,2)	441 (51,4)

SP: Sağlık Profesyoneli SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan eklenecek

**Tablo 2.** Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

Sağlık Durumu Özellikleri		SP 458 (%53,4)	SPO 400 (%46,6)	x <sup>2</sup> /p
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	Zayıf	20(76,9)	6(23,1)	x <sup>2</sup> =31,89 p=0,00
	Normal	339(67,3)	165(32,7)	
	Fazla Kilo	130(50,8)	126(49,2)	
	1.Derece Obez	31 (43,1)	41(56,9)	
Sağlık sorunu	Var	139(67,8)	66(32,2)	x <sup>2</sup> =5,84 p=0,01
	Yok	381(58,3)	272(41,7)	
Özel Sağlık sigortası	Var	102(75,4)	33(24,6)	x <sup>2</sup> =15,24 p=0,00
	Yok	418(57,8)	305(42,2)	
Sağlık probleminde çözüm arama durumu	Beni zorlayana kadar bir şey yapmam	129(65,2)	69(34,8)	x <sup>2</sup> =91,75 p=0,00
	İhmal ederim	109(75,7)	35(24,3)	
	Kendim çözmeye çalışırım	147(78,2)	41(21,8)	
	Hemen hastaneye/ doktora başvururum		135(41,2)	
			193(58,8)	

SP: Sağlık Profyoneli SPO: Sağlık Profyoneli Olmayan

mann whitney u, oneway anova, kruskal wallis, korelasyon ve pearson korelasyon yöntemleri kullanılarak analiz edilmiştir. Anlamlılık p<0,01 ve p<0,05 düzeylerinde değerlendirilmiştir.

## Sonuçlar

### Katılımcıların Mesleki ve Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların %53,4'ü sağlık profesyoneli ve bunların %34,7'si hemşiredir; sağlık profesyoneli olmayan grubun oranı %46,6'dır ve bunların %35,7'si personel (temizlik, güvenlik, yemekhane vb.) olarak çalışmaktadır. Katılımcıların yaşları 18 ile 61 arasında değişmekte olup, ortalama 33,67±8,5 yıldır; mesleki deneyim süresi 1 ile 39 yıl arasında değişmekte olup ortalama 9,93±7,6 yıl; kurumdaki deneyim süresi 1 ile 34 yıl arasında değişmekte olup ortalama 6±5,6 yıldır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

### Katılımcıların Sağlıkla İlgili Tutum ve Davranışlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların beden kitle indeksleri (BKİ) incelendiğinde; %3'ünün zayıf, %58,7'sinin normal, %29,8'inin fazla kilolu ve %8,4'ünün I. derece obez olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların

%23,9'u sağlık sorunu olduğunu, %15,7'si özel bir sağlık sigortası yaptırdığını ifade etmiştir.

Sağlık çalışanı olan ve olmayan grubun sağlık durumu ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında; BKİ'ye göre zayıf olanların %76,9'u, normal olanların %67,3'ü, fazla kilolu kişilerin %50,8'i sağlık profesyoneli. 1.derece obez oranı sağlık çalışanı olmayan grupta daha fazladır. Katılımcıların BKİ, sağlık sorunu yaşama ve özel sağlık sigortası yaptırmaları arasında anlamlı farklılık vardır. I. Derece obez oranı, sağlık profesyoneli olmayan grupta (x<sup>2</sup>=31,89 p=0,00); sağlık sorunu yaşama (x<sup>2</sup>=5,84 p=0,01) ve özel sağlık sigortası yaptırmaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (x<sup>2</sup>=15,24 p=0,00) oranı sağlık profesyoneli olan grupta daha yüksektir. Katılımcıların sağlık problemi yaşadığında çözüm arama yolları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (x<sup>2</sup>=91,75 p=0,00). Kendim çözüm bulmaya çalışırım ve ihmal ederim diyenlerin oranı SP'de, hemen hastaneye/ hekime başvururum diyenlerin oranı SPO grupta daha fazladır (Tablo 2).

Katılımcıların sağlık davranışlarını geliştirme etkinlikleri karşılaştırıldığında; düzenli sağlık kontrolü yaptırmaları (x<sup>2</sup>=11,78 p=0,00), düzenli sağlık incelemesi yaptırmaları (x<sup>2</sup>=11,78 p=0,00)



arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. SPO grubun düzenli sağlık kontrolü ve inceleme yaptırma oranı daha yüksektir. Diğer sağlık kontrolleri (check-up, KKMM, pap-smear, aşılama, diş kontrolü) arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin tutum ve algısı ile ilgili ifadeler incelendiğinde; %50,7'si ( $n=435$ ) kendisini sağlıklı hissettiğini, ancak %45,6'sı ( $n=391$ ) sağlıklı yaşadığına inanmadığını, %42,4'ü ( $n=364$ ) sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcamadığını belirtmiştir. Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin tutum ve algısı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. SP grubunun kendini sağlıklı hissetme ( $\chi^2=30,55$   $p=0,00$ ), sağlıklı yaşadığına inanma ( $\chi^2=63,88$   $p=0,00$ ) ve sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcadığına inanma ( $\chi^2=59,52$   $p=0,00$ ) oranı SPO'ya göre daha düşüktür.

Katılımcılara hastanede çalışmanın etkileri sorulduğunda; gruplar arasında temel alışkanlıklar üzerindeki etkisi ile ilgili görüşler açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. SP grubunda beslenme ( $\chi^2=1,80$   $p=0,00$ ), uyku ( $\chi^2=1,70$   $p=0,00$ ), hijyen ( $\chi^2=35,44$   $p=0,00$ ), sigara içme ( $\chi^2=15,59$   $p=0,00$ ), alkol alma ( $\chi^2=14,81$   $p=0,00$ ), enerji içeceği tüketme ( $\chi^2=16,63$   $p=0,00$ ), kahve içme ( $\chi^2=47,14$   $p=0,00$ ) ve ilaç kullanma ( $\chi^2=42,02$   $p=0,00$ ) gibi davranış ve alışkanlıklar üzerinde olumsuz etkisi olduğunu ifade etme oranı SPO'ya göre daha yüksektir.

### Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBDÖ) toplam puan ortalaması

126,02±22'dir. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla; sağlık sorumluluğu 20,89±4,95, fiziksel aktivite 15,93±5,55, beslenme 20,62±4,42, manevi gelişim 25,94±4,85, kişilerarası ilişkiler 25,10±4,47 ve stres yönetimi 17,52±4,09'dur. Alt boyutlardan en düşük puan ortalaması egzersiz alt boyutunda, en yüksek puan ortalaması ise manevi gelişim alt boyutundadır. SP ile SPO grup arasında SYBDÖ toplam puan ortalamasında anlamlı farklılık yoktur, ölçeğin alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Manevi gelişim ( $t=2,51$   $p=0,01$ ) ve kişilerarası ilişkiler ( $t=-2,12$   $p=0,03$ ) puan ortalaması SP'de, stres yönetimi ( $t=-4,90$   $p=0,00$ ) puan ortalaması ise SPO'da daha yüksektir (Tablo 3).

### Tartışma

Hastane çalışanları olan katılımcıların %53,4'ü sağlık profesyoneli, %46,6'sı sağlık profesyoneli değildir. Katılımcıların yaş ortalaması 33,6 yıl, mesleki deneyim ortalaması yaklaşık 10 yıl, kurumdaki deneyim ortalaması 6 yıldır.

### Katılımcıların Sağlıkla İlgili Tutum ve Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların %3'ünün zayıf, %58,7'sinin normal, %29,8'inin fazla kilolu ve %8,4'ünün I. derece obez olduğu belirlenmiştir. I. Derece obez oranı, sağlık profesyoneli olmayan grupta ( $\chi^2=31,89$   $p=0,00$ ) daha yüksektir (Tablo 2). Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" ön çalışma raporuna göre Türkiye'de obezite sıklığı; erkeklerde %20,5, kadınlarda ise %41,0, toplamda %30,3 olarak bulunmuştur (13). İlgili literatür incelendiğinde, hemşirelerin çoğunun normal kiloda olduğu

**Tablo 3.** Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının karşılaştırılması

SYBDÖ-II	SP(ort±ss)	SPO (ort±ss)	Toplam (ort±ss)	t/p
Toplam puan	125,77±20,4	126,33±24,1	126,02±22,2	t=-0,36 p=0,71
Sağlık sorumluluğu	20,67±4,6	21,16±5,2	20,89±4,9	t=-1,44 p=0,14
Fiziksel aktivite	15,95±5,6	15,92±5,4	15,93±5,5	t=0,06 p=0,94
Beslenme	20,52±4,0	20,74±4,8	20,62±4,4	t=-0,72 p=0,46
Manevi gelişim	26,33±4,5	25,50±5,1	25,94±4,8	t=2,51 p=0,01
Kişilerarası ilişkiler	25,41±4,1	24,76±4,7	25,10±4,4	t=-2,12 p=0,03
Stres yönetimi	16,90±3,6	18,25±4,4	17,52±4,0	t=-4,90 p=0,00

SP: Sağlık Profesyoneli SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan eklenecek

(11,14), yurt dışında hemşirelerle yapılan çalışmada (15) ise her üç hemşireden birinin şişman ya da aşırı kilolu olduğu belirlenmiştir. Arslan ve Ceviz'in 2007 yılında ev hanımları ve çalışan kadınlarla yaptığı çalışmada; ev hanımlarının fazla kilolu, çalışan kadınların ise BKİ'ye göre normal kilolu oldukları (16), Kouvonen ve arkadaşlarının (2006) yılında yaptıkları çalışmada ise işçilerin çoğunluğunun aşırı kilolu olduğu (17) belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçlarından biri olan sağlık profesyonellerinin normal kiloda olması sevindirici olmakla birlikte SPO grupta obezite oranının %10 civarında olması düşündürücüdür. Obezite sorunu olan çalışanlara yönelik kurumsal düzeyde eğitim ve danışmanlık hizmetlerine gereksinim vardır.

Katılımcıların %23,9'u sağlık sorunu olduğunu, %15,7'si özel bir sağlık sigortası yaptırdığını ifade etmiştir. Sağlık sorunu yaşama ( $\chi^2=5,84$   $p=0,01$ ) ve özel sağlık sigortası yaptırma ( $\chi^2=15,24$



**Fotoğraf:** Kadir Ekinci  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2001 Sergi Ödülü

$p=0,00$ ) oranı sağlık profesyoneli olan grupta daha yüksektir (Tablo 2). Çalışan sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri olan sağlık hizmetleri alanında, özellikle de hastanelerde çalışan bireyler buldukları ortamda pek çok riskle karşı karşıyadır. Araştırmalarda, vardiyalı çalışmanın bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı, sosyal yaşam ve iletişimlerini etkilediği, bu durumun hem çalışanların hem de hastaların güvenliğini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (18). Selvi ve arkadaşları (2010), vardiyalı çalışanlarda fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesinin gündüz çalışanlara göre daha bozuk olduğunu (19), Parlar (2008), çalışma saatlerinin uygun biçimde düzenlenmesinin de buna katkı sağlayacağını (20) belirtmektedir. Çalışmamızda, katılımcıların yaklaşık dörtte birinin sağlık sorunu yaşaması ve sağlık profesyonellerinde bu oranın daha fazla olması literatürle uyumludur. Sağlık profesyonellerinde sağlık sorunu oranının yüksek olmasının mesleki risklerle ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca sağlık profesyonellerinin mesleki bilgi ve deneyimlerinin sonucu sağlık sorunlarına yönelik farkındalıklarının fazla olması, sağlık sistemindeki yetersizliklere karşı önlem alma isteği ve gelir düzeyinin diğer gruba göre daha iyi olması sonucu özel sağlık sigortası yaptırma oranı daha fazla olabilir.

Katılımcıların sağlık problemlerine çözüm arama davranışlarında anlamlı farklılık vardır. Sağlık profesyonellerinde kendim çözüm bulmaya çalışırım ve ihmal ederim diyenlerin oranı, sağlık profesyoneli olmayan grupta ise hemen hastaneye/hekime başvururum diyenlerin oranı daha fazladır ( $\chi^2=91,75$   $p=0,00$ ). (Tablo 2). Sağlık profesyonellerinin herhangi bir sağlık sorununda kolay erişilebilir sağlık hizmeti imkanı olmasına karşın beklenenin aksine doktora/hastaneye gitmeyi ötelemesi ya da ihmal etmesi, yoğun çalışma şartları, eleman sayısının az olması nedeniyle kendine zaman ayırmamasına bağlı olabilir. Kendi kendine çözüm bulmaya çalışmada mesleki bilgi ve deneyimlerinin etkili olduğunu söylemek olanaklıdır. Ancak bireysel sağlık sorunlarının ihmal edilmesinin pek çok riski olduğu da unutulmamalıdır.

Sağlık hizmetlerinde hastalıkların önlenmesi ve düzenli sağlık kontrolleri ile erken tanılmanın

yapılmasının önemi ve gerekçeleri çok vurgulanan bir gerçektir. Bireye yönelik sağlık hizmetlerinde periyodik sağlık muayenesi kavramı ön plandadır. Periyodik muayene, kişide var olan risklerin hastalık oluşmadan önce bilinen işaretlerinin aranması esasına dayanır. Periyodik muayeneler kişiye bilgi edinme ve davranış değişikliği kararını verebilmesi açısından fırsat verir. Özellikle gelişmiş toplumlarda, periyodik muayenelere çok önem verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde periyodik muayenelerin doğru uygulanması, hem bireyin hem de toplumun sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler sağlayacaktır

(21). Katılımcıların sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik davranışları karşılaştırıldığında; SPO gruptakilerin düzenli sağlık kontrolü ( $x^2=11,78$   $p=0,00$ ), düzenli sağlık tahlili yaptırma ( $x^2=11,78$   $p=0,00$ ) oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranının düşük olması daha önce sözü edilen bulguları destekler bir sonuçtur. Sağlık profesyonellerinin bilgiye dayalı özgüveni, iş yükü fazlalığı ve yoğun çalışma temposunun bu sonucu yarattığı söylenebilir. SPO grupta ise bu konuda daha fazla hassasiyet olduğu ve çalıştığı kurumun olanaklarından daha fazla yararlandığı dikkat çekmektedir.

Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin tutum ve algısı incelendiğinde; %50,7'si kendisini sağlıklı hissettiğini, ancak %45,6'sı sağlıklı yaşadığına inanmadığını, %42,4'ü sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcamadığını belirtmiştir. SP grubunun kendini sağlıklı hissetme ( $x^2=30,55$   $p=0,00$ ), sağlıklı yaşadığına inanma ( $x^2=63,88$   $p=0,00$ ) ve sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcadığına inanma ( $x^2=59,52$   $p=0,00$ ) oranı SPO'ya göre daha düşüktür. Katılımcıların yalnızca yarısının kendini sağlıklı hissetmesi ile yarıya yakınının sağlıklı yaşadığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmek için yeterli çaba harcadığına inanmaması, sağlık profesyonelleri grubunun sağlıklı hissetme oranının da SPO gruba göre daha düşük oranda olması diğer bulguları destekler niteliktedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde rol model olan sağlık profesyonellerinin sağlığı geliştirme davranışları istenilen düzeyin çok altındadır. Bu oranın beklenin altında kalması sağlık

profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini bilmekle birlikte bunu tutum ve davranışlarına yansıtmadığı izlenimi uyandırmıştır. Çalışma bulguları, sağlık profesyonellerine ve SPO gruba yönelik hastane ve ülke düzeyinde niteliksel çalışmalar ve önleyici çalışmalar yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Hastanede çalışmanın alışkanlıklar üzerindeki etkisi açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır ( $p<0,05$ ). Sağlık profesyonelleri beslenme, uyku, hijyen, sigara içme, alkol alma, enerji içeceği tüketme, kahve içme ve ilaç kullanma davranışlarının olumsuz yönde etkilendiğini daha fazla ifade etmiştir. Çalışma ortamının sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, fizyolojik özelliklere uygun çalışma düzeni, çalışanın verimini artıran yeterli ve dengeli beslenmeye yönelik gerekli önlemlerin alınması kurumun temel amaçları olmalıdır (20). Çalışmalarda (17,22), sağlık çalışanlarının sigara içme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Selvi ve arkadaşları (2010), vardiyalı çalışma saatlerinin çalışanların yaşam kalitesini ve fiziksel, ruhsal, sosyal sağlığını olumsuz etkilediği bu nedenle mesai saatlerinde yapılacak değişikliklerin yaşam kalitesine olumlu yansıtacağını belirtmişlerdir (19). Araştırma sonuçlarımıza göre özellikle sağlık profesyonellerinin pek çok sağlık davranışı ve alışkanlıkları (beslenme, uyku, hijyen, sigara içme, alkol alma, enerji içeceği tüketme, kahve içme ve ilaç kullanma) hastanede çalışıyor olmaktan olumsuz yönde etkilenmiştir. SP'lerin olumsuz etkilenme oranının diğerlerine göre fazla olmasının nedenlerinin vardiyalı çalışma, düzensiz ve uzun çalışma saatleri, stresli iş ortamı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

### **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak amacıyla yaptığı davranışlardır. Toplumların sağlık düzeyi, sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendilerine düşen sorumluluğu yerine getirmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidir (2).

Araştırmamızda, hastane çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBDÖ) toplam puan ortalamasının  $126,02 \pm 22$  olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları; sağlık sorumluluğu  $20,89 \pm 4,95$ , fiziksel aktivite  $15,93 \pm 5,55$ , beslenme  $20,62 \pm 4,42$ , manevi gelişim  $25,94 \pm 4,85$ , kişilerarası ilişkiler  $25,10 \pm 4,47$  ve stres yönetimi  $17,52 \pm 4,09$ 'dur. Alt boyutlardan en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite, en yüksek puan ortalaması ise manevi gelişim boyutundadır. Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda (4,8,10,14,23,24,25,26,27,28,29) SYBDÖ toplam puan ortalamalarının genelde orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki SYBDÖ toplam puan ortalamaları araştırma bulgumuzla uyum göstermektedir.

Araştırmamızda ölçek alt boyutlarından en düşük puan fiziksel aktivite boyutundan alınmıştır. Fiziksel hareketsizlik, dünyada ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada (dünya genelindeki ölümlerin % 6'sı) yer almaktadır. Hareketsizlik yüzünden her yıl 3,2 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Yeterince hareketli olmayan insanlar, tüm nedenlere dayalı mortalite açısından % 20-% 30 oranında daha fazla risk altındadır. Ülkemizde de nüfusun % 71,9'inin yeterli düzeyde egzersiz yapmadığı, % 20,3'sinin hiç egzersiz yapmadığını, dolayısıyla bu anlamda hareketsiz yaşadığını, % 15,9'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu ortaya konulmuştur (13). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki pek çok çalışma (4,8,11,14,17,23,24,25,28,30) ile benzerlik göstermektedir. Ülkemizdeki nüfusun çoğunluğunun egzersiz yapmadığı düşünülürse, SYBD içinde en düşük puanın fiziksel aktiviteden alınması da şaşırtıcı bir sonuç değildir. Bulgumuz toplum genelini yansıtmaktadır, maalesef hastane çalışanlarında da egzersiz yapma alışkanlığının yeterli olmadığı görülmektedir.

Ölçek alt boyutlarda en yüksek puan, manevi gelişim alt boyutundan alınmıştır. Bu bulgumuz, literatürdeki pek çok çalışma sonuçları (4,8,12,14,23,25,26,27,28,29) ile benzerdir. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Türkol ve Güneş'in (2010), Bahar ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında kişilerarası ilişkiler alt boyut puan

ortalaması daha yüksek bulunmuştur (24,30). Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalamasında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur, ölçeğin alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Manevi gelişim ( $t=2,51$   $p=0,01$ ) ve kişilerarası ilişkiler ( $t=-2,12$   $p=0,03$ ) puan ortalaması SP'de, stres yönetimi ( $t=-4,90$   $p=0,00$ ) puan ortalaması ise SPO'da daha yüksektir (Tablo 3). Sağlık profesyonellerinde çalışılan yoğun ve stresli ortama karşın manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanlarının yüksek olması kendileri adına sevindirici bir bulgudur. Stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının SPO grupta yüksek olması, sağlık profesyonellerinin stres yönetimi konusunda yetersiz kaldıklarını düşündürmektedir. Mesleki bilgi ve donanım açısından diğer çalışanlara oranla sağlık sorumluluğu konusunda daha yüksek puan alması beklenen sağlık çalışanlarının kişisel sağlıkları üzerindeki otonomisinin yetersiz olması ve sağlık sorumluluğu puanlarının düşük olması şaşırtıcı bir bulgudur. Topluma sağlıklı yaşam bilinci kazandırma ve sağlığı geliştirme aktivitelerinde tüm sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle, her sağlık profesyoneli, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışlar sergilemelidir. Ancak öncelikle kendi sağlığına karşı sorumlu olduğunu unutmamalıdır. Zira kendi yaşamına ve yaşam biçimine yansıtılmayan sağlık davranışları konusunda başkalarına yapılan önerilerin etkili olmayacağı açıktır. Konuyla ilgili niteliksel çalışmaların yapılması ve sonuçlar doğrultusunda kurumsal düzenlemelerin yapılması yararlı olacaktır.

Sonuç olarak; sağlık profesyoneli olan ve olmayan hastane çalışanlarıyla gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları orta düzeyde bulunmuştur, fiziksel aktivite en düşük, manevi gelişim en yüksek puan alınan alt boyutlarıdır. Sağlık profesyoneli olan ve olmayan grup arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı açısından anlamlı farklılık yoktur. Ölçeğin alt boyutlarından manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanı sağlık profesyonellerinde, stres yönetimi puanı sağlık profesyoneli olmayan grupta daha yüksektir. Sağlık profesyoneli olan grupta; sağlık sorunu yaşama ve özel sağlık sigortası yaptırma, sağlık

sorunu yaşadığında kendisi çözüme ve ihmal etme oranı daha yüksek; kendini sağlıklı hissetme, sağlıklı yaşadığına inanma ve sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcadığına inanma oranı daha düşüktür. Sağlık çalışanı olmayan grupta; 1.derece obez oranı daha yüksektir, sağlık sorunu yaşadığında hemen hastaneye başvurma, düzenli sağlık kontrolü ve inceleme yaptırma oranı daha fazladır. Araştırma sonuçları dikkate alınarak, topluma rol model olan sağlık profesyonellerinin ve diğer hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar (kişisel ve kurumsal) yapılmasının hem çalışan sağlığına hem de toplum sağlığına olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ölçek alt boyutlarından düşük puan alınan alanlarda (egzersiz, beslenme ve stres yönetimi) çalışanların desteklenmesi; kurum içi taramalar yapılarak çalışanların sağlık sorunlarını fark etmeleri, düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranının artmasına yönelik olarak kolaylaştırıcı/teşvik edici gerekli kurumsal düzenlemelerin yapılması önerilmektedir. Konuyla ilgili kapsamlı veriler elde etmek amacıyla niteliksel araştırmaların yapılması yararlı olacaktır.

**İletişim:** Dr. Sevim Ulupınar

**E-posta:** sevim.ulupinar@istanbul.edu.tr

### Kaynaklar

1. Ewles L, Simnett I. Promoting health: A practical guide to health education. 5th ed. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2003.
2. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kissal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2008; 12(1):1-12.
3. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey; 2002.
4. Bilgili N, Ayaz S. Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8(6): 497-502.
5. Akdağ R. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu. TC Sağlık Bakanlığı Yayınları 2008; 749:127-129
6. Tengilimoğlu D. Sağlık kurumları yönetimi hastane yönetimi ve organizasyonu. 1. Baskı. Eskişehir: Web-Ofset; 2012.
7. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, Demir E. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatol J Clin Investig 2009; 3(3):164-169.
8. Çam R, Korkmaz FD, Özsaker E, Demirkıran AE. Descriptive cross-sectional study: analysis on the profiles, healthy life style behaviors and quality of life of surgical nurses working in a province of Turkey. HealthMed 2012; 6 (12): 4217-4227.
9. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(7) 89-105.
10. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 2007: 6(6):409-420.
11. Güner İC, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9 (3) 17-25.
12. Erci B, Tortumluoğlu G, Aydın İ. Koruyucu hizmetlerde görev yapan ebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile gebe ve lohusa izlemlerinde verilen bakım hizmetleri arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 3(1): 16-22.
13. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017). TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Sağlık Bakanlığı Yayınları No: 773, 3.Baskı, Ankara. <http://www.beslenme.gov.tr>. Erişim Tarihi: 23.07.2015.
14. Yılmaz E, Özkan S. Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 2006: 1 (3): 82-99.
15. Pappas NA, Alamanos Y, Dimoliatis IDK. Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. BMC Nursing 2005; 4:8;1-8.
16. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 21(5): 211-220.
17. Kouvonen A, Kivimaki M, Virtanen M, Heponiemi T, Elovainio M, Pentti J, Linna A, Vahtera J. Effort-reward imbalance at work and the co-occurrence of lifestyle risk factors: cross-sectional survey in a sample of 36,127 public

- sector employees. BMC PublicHealth 2006; 6:24; 1-11.
18. Vardiyalı, uzun süre, fazla çalışma ve etkileri. Türk Hemşireler Derneği. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr.aspx> Erişim Tarihi: 23.07.2015.
  19. Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23: 238-243.
  20. Parlar S. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(6): 547-554.
  21. Urgan M, Tekiner AS Ünal M. Riskli davranışlar ve korunma-sağlığın geliştirilmesi: Sağlıklı yaşam. 1. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları Web Ofset; 2013: 110-121, 126-134.
  22. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. Toraks Dergisi 2004; 5(1):6-12.
  23. Cürcani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(5):487-492.
  24. Bahar Z, Beşer A, Özbuçakçı Ş, Haney MÖ. Health promotion behaviors of Turkish women. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013; 6 (1): 9-16.
  25. Altıparmak S, Kutlu KA. 15-49 Yaş kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. Koruyucu Hekimlik Bülteni 2009; 8: 421-422.
  26. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz BÇF, Kankaya FC. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7(1):59-64.
  27. Beşer A, Bahar Z, Büyükkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurse' responsibilities in their health promoting activities. Industrial Health 2007; 45: 151-159.
  28. Kaya M, Özvarış ŞB, Atlas H, Altay M, Atik Ç, AYTEKİN G, Badak E. Ankara'da bir sağlık ocağına ve belediyeye ait bir spor kompleksine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçim düzeylerinin belirlenmesi. Toplum Hekimliği Bülteni 2009; 28 (1) 8-13.
  29. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2008; 12 (3) 18-26.
  30. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 19(3):159-66.

# Bir Üniversite Yerleşkesinin Açık Alanını Kullanan Kişilerin Güneşten Korunma Davranışları

Behaviors of Open Space Users to be Protected from Sun Exposure at the Health Campus of a University

Araştırma



Research

*Dr. Dilan Kızıllırmak<sup>1</sup>, Dr. Ebru Doğan<sup>1</sup>, Dr. Fatma Yörük<sup>1</sup>, Dr. Fatma Zehra Kırşan<sup>1</sup>, Dr. Hanife Özkan<sup>1</sup>, Dr. Merve Tekinemre<sup>1</sup>, Dr. Tuğba Meliha Fatma Ercan<sup>2</sup>, Dr. Eda Gözel Kaptı<sup>3</sup>, Dr. Meltem Şengelen<sup>4</sup>, Dr. Dilek Aslan<sup>5</sup>*

Geliş/Received : 19.10.2017  
Kabul/Accepted : 20.12.2017

## Öz

**Giriş:** Güneşten korunma davranışında kişilerin aldığı önlemlerin saptanmasının önemi büyüktür. Bu gerekçeyle, belirlenmiş tarih ve saatlerde güneşten korunma davranışı gözlenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Bir üniversitenin sağlık yerleşkesinde seçilmiş iki ayrı noktada (giriş ve çıkışında) yapılmıştır. Veriler; 10-14 Temmuz 2017 tarihleri arasında 11.00-12.00 ve 15.00-16.00 saatlerinde seçilmiş alanlarda toplanmıştır. Bu alanlardan belirlenen gün ve saatlerde geçen kişilerin gözlenmesi sırasında elde edilen veriler için veri toplama formu kullanılmıştır. Bu yolla toplam 1035 kişi gözlenmiştir. Araştırmanın değişkenleri; gözlenen yaş grubu (çocuk ya da erişkin), cinsiyet, sağlık çalışanı olduğuna dair algı (beyaz önlük, yaka kartı), yanında çocuk olup olmadığı, güneş gözlüğü kullanımı, şapka kullanımı, şemsiye kullanımı, kıyafetin rengi, elinde su olup olmamasıdır.

**Bulgular:** 1035 kişinin %1,3'ü güneşten korunma davranışlarının tamamını uygularken, %11,7'sinin hiçbir davranışı uygulamadığı saptanmıştır. Önerilerin tamamını uygulayan erkeklerin yüzdesi kadınlardan, yaşlı grubu yüzdesi erişkin yaş grubundan yüksektir. Araştırma açısından beklentilerle uyumlu davranış gösteren sağlık çalışanı bulunamamıştır. Cinsiyete göre güneş gözlüğü kullanımı erkeklerde %39,5 ve kadınlarda %53,3'tür. Yaşlıların şapka kullanımı erişkin-çocuk yaş grubuna göre daha yüksektir. Katılımcıların yalnızca %1'inin şemsiye kullandığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Bireylerin güneşten korunma davranışını yeterli ölçüde göstermemeleri önemli bir halk sağlığı problemidir. Çalışmada korunma davranışının tamamını uygulayanların yüzdesinin düşük bulunmasının sebebi olarak toplumun güneşin zararlı etkileri hakkında yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip olmaması düşünülebilir. Konuyla ilgili iyileştirici çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

**Anahtar sözcükler:** Güneşten etkilenim, Korunma, Davranış

## Abstract

**Background:** Detection of sun protection measures taken by people is really important. For that reason, sun protection behaviours were observed at previously scheduled dates and times.

**Materials and Method:** It was conducted at two different selected points (entrance and exit) at Health campus of a university. The data were collected between the hours of 11.00-12.00 and 15.00-16.00 on July 10-14, 2017. A data collection form was used to record the observations about the people passing through these areas. In this way, a total of 1035 people were observed. The research variables were "observed age category (adult or child), gender, perception about person whether or not he/she was a healthcare worker (wearing white coat, name badge), presence of a child accompanying the adult, wearing sunglasses, use of hat, use of umbrella, colour of clothing, presence of water bottle in person's hand".

**Findings:** It was determined that 1.3% of 1035 people perform all of the sun protection behaviours, while 11.7% do not practice any sun protection measure. The percentage of the males, who complied with all sun protection recommendations is higher than among the females and the rate of performing all of the sun protection behaviours among elderly people is higher than among the younger ones. No healthcare worker behaving in accordance with the predictions of the study was observed. Eyeglasses usage rate by gender is 39.5% and 53.3% for males and females, respectively. Use of hat among the elderly is higher than among the adults-children age group. It was determined that only 1% of participants use umbrellas.

**Conclusions:** It is an important public health issue that individuals do not perform sun protection behaviours sufficiently. The lack of knowledge and awareness among the people about the harmful effects of sun exposure might have caused the percentage of the participants performing all of the sun protection behaviours during the observations to be low. More studies should be conducted to improve awareness regarding this issue.

**Key words:** Sun exposure, Protection, Behaviour

1 İnt.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. 2017-2018, Ankara

2 Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

3 Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Nisan-Ekim 2017, Ankara

4 Öğr. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

5 Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık tanımını yirminci yüzyılın ortalarında "yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali" şeklinde yapmıştır. İlerleyen yıllarda ise; Ottawa Sözleşmesi sağlığın temel bir hak olduğunu ve bütünsel bir sağlık anlayışı için sosyal ve ekonomik koşullar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki bağlantıların önemli olduğunu vurgular (1). Esasen sağlığın geliştirilmesi olarak da bilinen bu içerik, kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi sağlayacak temel şartların oluşturulması için toplum katılımının zorunlu olduğu sosyal, politik ve ekonomik bir süreçtir (2). Kapsamlı ve etkili bir sağlığın geliştirilmesi programı ile sağlık kamunun gündemine yerleştirilebilir, sağlık mesajları güçlendirilebilir, insanlar daha fazla bilgi edinmeye teşvik edilebilir ve bazı durumlarda da sürdürülen sağlıklı yaşam tarzları meydana getirilebilir. Bu sayede bireylere farkındalık kazandırılmış olur (3).

Dünyada günümüzde sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı eksik kaldığında özellikle sağlıkla ilgili riskli davranışlardan kaynaklanan hastalıkların arttığı belirtilmektedir. Bu risklerden birisi de güneş ve zararlı etkilerinden kaynaklanan sorunlardır. Tüm dünyada cilt kanseri insidansında ciddi bir artış gözlenmektedir (4). Her yıl 2-3 milyon melanom dışı cilt kanseri ve 132 bin malign melanom tanısı konmaktadır. Türkiye Sağlık Bakanlığının 2011'deki epidemiyolojik çalışmasına göre Türkiye'deki cilt kanseri insidansı yüz binde 18,91'dir. Çalışmalar ultraviyolenin cilt kanserlerinin %86'sından, melanomların ise %65-90'ından sorumlu olduğunu göstermektedir (4,5,6). Ultraviyole ışınları deri kanseri insidansını artırmasının yanı sıra ciltte erken yaşlanma, gözde katarakt ve konjonktivit gibi problemlere de neden olmaktadır (7). Ultraviyolenin de en önemli kaynağı güneştir. Cilt kanserlerinin yüzde sekseninin güneşten doğru korunmayla önlenebileceği öngörülmektedir. Cilt kanserlerinin önlenmesindeki esas hedef insanların güneşin zararlı etkileri konusundaki farkındalığının artırılarak, kendilerini nasıl koruyacaklarının öğretilmesidir (4,8). Eğitim bunu sağlamada en önemli araçtır. Bu nedenle güneşten korunma DSÖ ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından bir sağlığı geliştirme davranışı olarak kabul edilmekte olup, 'UV ışınlarının en yoğun olduğu saatler olan

10.00-16.00 saatleri arasında dışarı çıkmamak, gölgeleri kullanmak, uygun bir güneş gözlüğü ve güneş koruyucu kullanmak, güneşten koruyacak biçimde giyinmek ve bunlar için gereken eğitimin verilmesini sağlamak' bu konudaki temel önerileridir (9,10).

Sonuç olarak, güneşten korunma davranışında kişilerin bu konudaki dikkatlerinin ve aldığı önlemlerin saptanmasının ve geliştirilmesinin önemi büyüktür. Ancak ülkemizde ve dünyada güneşten korunma konusundaki çalışmalar kısıtlıdır. Sağlık kurumlarında çalışan ve sağlık kurumuna başvuran insanların bu konudaki farkındalığının saptanması ve artırılması gereklidir, çünkü verilecek önerilerin daha geniş kitlelere ulaşması ve riskli grupların korunması açısından sağlık çalışanlarının bu konuda örnek teşkil etmesi önemlidir. Özellikle son dönemde ülkemizin hissedilen yaz sıcaklıklarının aşırı yüksekliği böyle çalışmalara olan ihtiyacın önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Yukarıdaki gerekçelere bağlı olarak bu araştırmada bir üniversite yerleşkesinin bazı açık alanlarında 10-14 Temmuz 2017 tarihleri arasında 11.00-12.00 ve 15.00-16.00 saatleri arasında gözlenen kişilerin; bazı özelliklerinin (erişkin ya da çocuk olup olmadığı, yanında çocuk varlığı, sağlık personeli olduğu izlenimi veren giysi/yaka kartı/vb. varlığı, vb.) belirlenmesi ve DSÖ tarafından önerilen kriterlere göre davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye (HÜSY) Yerleşkesi içinde seçilmiş iki ayrı noktada yapılmıştır. Gözlem noktaları yerleşkenin giriş ve çıkışları olmuştur (Fotoğraf 1a ve b).

Araştırmada üniversite yerleşkesinde 10-14 Temmuz 2017 tarihleri arasında seçilmiş noktalardan 11.00-12.00 ve 15.00-16.00 saatleri arasında geçen bireyler gözlenmiştir. Herhangi bir örneklem seçilmemiştir. Araştırmaya toplam 1035 kişi katılmıştır.

Araştırmada, yalnızca güneşten korunma davranışlarını değerlendirmeye alınmış olup, sıcağtan korunma davranışı değerlendirilmemiştir. Araştırmanın değişkenleri; yaş, cinsiyet, sağlık çalışanı olduğuna dair algı (beyaz önlük, yaka kartı), yanında çocuk olup olmadığı, güneş





a. Çıkış kapısına yakın alan



b. Hastanelere yakın alan

**Fotoğraf 1 (a ve b).** Araştırma kapsamında gözlem yapılan alanlar

gözlüğü kullanımı, şapka kullanımı, şemsiye kullanımı, kıyafetin rengi, elinde su olup olmamasıdır.

Veriler; 10-14 Temmuz 2017 tarihleri arasında 11.00-12.00 ve 15.00-16.00 saatlerinde seçilmiş açık alanlarda toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından gözlem alanı olarak belirlenmiş mekanlardan geçen kişiler gözlenmiş ve hazırlanmış veri toplama formu aracılığıyla gözlemler kaydedilmiştir.

Araştırmanın ön denemesi 6 Temmuz 2017 Perşembe günü 10.00-11.00 saatleri arasında yerleşke içerisinde araştırma için önceden belirlenmiş alanların birinde yapılmıştır. Araştırmacı gözlemlerinin tutarlılığının da değerlendirilmesi açısından aynı anda aynı beş kişi için toplamda 30 veri toplama formu doldurularak gerçekleştirilmiştir. Veri analizi için SPSS-23 paket programı kullanılmıştır.

Araştırmanın insan gücünü 30 Haziran-31 Temmuz 2017 dönemi Halk Sağlığı ve Kırsal Hekimlik stajını yapan 6 intern hekim, iki tıpta uzmanlık öğrencisi ve iki öğretim elemanı oluşturmuştur.

Araştırmanın yapılabilmesi için kurum için izin alınmıştır.

### Bulgular

Araştırmada gözlenen 1035 kişinin % 11,7'sinin (n=121) belirlenen değişkenlerin hiçbirini uygulamadığı, %35,7'sinin (n=370) birini uyguladığı, % 37,3'ünün (n=386) ikisini uyguladığı, % 14'ünün (n=145) üçünü uyguladığı, % 1,3'ünün (n=13) tamamını uyguladığı belirlenmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların bazı özelliklerine göre dağılımları (Temmuz 2017)

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	493	47,6
Kadın	542	52,4
<b>(Gözlenen) yaş aralığı</b>		
Çocuk	45	4,3
Erişkin	871	84,2
Yaşlı	119	11,5
<b>Sağlık çalışanı olduğuna dair algı</b>		
Hayır	884	85,4
Evet (nedeni)	151	14,6
Önlük/scrubs	73	48,4
Stetoskop/yaka kartı	78	51,6
<b>Gözlem anında yanlarında su bulundurma</b>		
Hayır	957	92,5
Evet	78	7,5
<b>Toplam</b>	<b>1035</b>	<b>100,0</b>

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Şapka</b>		
Yok	910	87,9
Var	125	12,1
Takmış	122	97,6
Takmamış	3	0,4
<b>Güneş gözlüğü</b>		
Yok	551	53,2
Var	484	46,8
Takmış	408	84,3
Takmamış	76	15,7
<b>Şemsiye</b>		
Yok	1025	99,0
Var, kullanmış	10	1,0
<b>Toplam</b>	<b>1035</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılanların %47,6'sı erkek (n=493) ve %52,4'ü kadındır (n=542). Gözlenen kişilerin çoğunluğu (n=871; %84,1) erişkin yaş grubundadır. Katılımcıların %14,6'sının (n=151) sağlık çalışanı olduğu düşünülmüştür. Katılımcıların yalnızca %7,5'inin yanında su olduğu gözlenmiştir (n=78) (Tablo 1).

Güneşin zararlı etkilerinden korunmak için araştırmaya katılan 1.035 kişinin yalnızca %12,1'inin (n=125) şapkası olduğu gözlenmiştir. Şapkası olanların 122'si (%97,6) şapkasını takmıştır. Katılımcıların %53,2'sinin (n=551) güneş gözlüğü bulunmamaktadır. Gözlüğü olanların çoğunluğu gözlüğünü takmıştır

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Renk</b>		
<b>Üst kıyafet</b>		
Açık	638	61,6
Koyu	397	38,4
<b>Alt kıyafet</b>		
Açık	333	32,2
Koyu	702	67,8
<b>Uzunluk</b>		
<b>Üst kıyafet</b>		
Askılı	38	3,7
Kolsuz	98	9,5
Kısa kollu	623	60,2
Uzun kollu	276	26,7
<b>Alt kıyafet</b>		
Diz üstü	50	4,8
Dizde	68	6,6
Diz altı	97	9,4
Bilekte	820	79,2
<b>Toplam</b>	<b>1035</b>	<b>100,0</b>

(n=84,3). Gözlenen 1035 kişinin %99,0'ında şemsiye yoktur. Şemsiyesi olan 10 kişinin tamamı şemsiyesini kullanmaktadır (Tablo 2).

Gözlenen 1035 kişinin %61,6'sının (n=638) üst kıyafet olarak açık renk ve %38,4'ünün (n=397) koyu renk tercih ettiği belirlenmiştir. Katılımcıların %3,7'sinin (n=38), askılı, %9,5'inin kolsuz (n=98), %60,2'sinin (n=623) kısa kollu ve %26,7'sinin (n=276) uzun kollu kıyafet giydiği gözlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 4.** Katılımcıların bazı özelliklerine göre araştırılan\* güneşten korunma davranışlarının tamamının mevcudiyet durumu (Temmuz 2017)

Özellik	Davranışların tamamı						Ki kare	p
	Var		Yok		Toplam			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde†		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	8	1,6	485	98,4	493	47,6	1,021	0,312
Kadın	5	0,9	537	99,1	542	52,4		
Toplam	13	1,2	1022	98,8	1035	100,0		
<b>Yaş grubu ♦</b>							1,523	0,217
Erişkin	10	1,1	861	98,9	871	88,0		
Yaşlı	3	2,5	116	97,5	119	12,0		
Toplam	13	1,3	977	98,7	990	100,0		
<b>Sağlık çalışanı olduğuna dair algı</b>							2,249	0,134
Evet	-	-	151	100,0	151	14,5		
Hayır	13	1,5	871	98,5	884	85,5		
<b>Toplam</b>	<b>13</b>	<b>1,2</b>	<b>1022</b>	<b>98,8</b>	<b>1035</b>	<b>100,0</b>		

\*Güneş gözlüğü takmak, kıyafetin uyumu, şapka takmak

†Sütun yüzdesidir, diğerleri satır yüzdesidir.

♦Gözlenen çocuk kategorisi dışarda bırakılmıştır.

**Tablo 5.** Katılımcıların cinsiyete göre gözlük kullanım durumu (Temmuz 2017)

Özellik	Gözlük kullanımı						Ki kare	p
	Var		Yok		Toplam			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde†		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	195	39,5	298	60,5	493	47,6	19,656	0,001
Kadın	289	53,3	253	46,7	542	52,4		
Toplam	484	46,8	551	53,2	1035	100,0		

\*Sütun yüzdesidir, diğerleri satır yüzdesidir

**Tablo 6.** Katılımcıların şapka ile gözlük kullanım birlikteliğinin değerlendirilmesi (Temmuz 2017)

Özellik	Gözlük kullanımı						Ki kare	p
	Var		Yok		Toplam			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde*		
<b>Şapka Kullanımı</b>								
Var	48	38,4	77	61,6	125	12,1	3,994	0,046
Yok	436	47,9	474	52,1	910	87,9		
Toplam	484	46,8	551	53,2	1035	100,0		

\*Sütun yüzdesidir, diğerleri satır yüzdesidir

\*Sütun yüzdesidir, diğerleri satır yüzdesidir.

**Tablo 7.** Katılımcıların yaşa göre şapka kullanım durumu (Temmuz 2017)

Özellik	Şapka kullanımı						Ki kare	p
	Var		Yok		Toplam			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde†		
<b>Yaş*</b>								
Erişkin-çocuk	83	9,0	833	91,0	916	88,5	68,254	<0.001
Yaşlı	42	35,2	77	64,5	119	11,5		
Toplam	125	12,0	910	88,0	1035	100,0		

\*Erişkin ve çocuk yaş grubu bir grup altında toplanarak hesaplanmıştır.

†Sütun yüzdesidir, diğerleri satır yüzdesidir.

Alt kıyafetler incelendiğinde; katılımcıların %32,2'sinde (n=333) açık renk ve %67,8'inde (n=702) koyu renk kıyafet bulunmaktadır. Katılımcıların %4,8'inin (n=50), diz üstü, %9,4'ünün diz altı ve %79,2'sinin (n=820) bilekte kıyafet giydikleri gözlenmiştir (Tablo 3).

Güneşten korunma davranışı kapsamında gözlenen kriterlerin tamamını uygulama yüzdesi erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,132) (Tablo 4).

Araştırmaya katılan erişkin yaş grubunun tüm davranışları uygulama yüzdesi yaşlı yaş grubuna göre daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,217), (Tablo 4).

Araştırmaya katılanların %14,5'i (n=151) sağlık çalışanıdır. Güneşten korunma davranışlarının tamamını uygulayan sağlık çalışanı bulunmamaktadır (Tablo 4).

Kadın bireylerin gözlük kullanım yüzdesi %53,3, erkek bireylerin gözlük kullanım yüzdesi %39,5'tir. Gözlük kullanımı kadınlar arasında erkekler arasında olduğundan daha yüksektir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001), (Tablo 5).

Katılımcıların %4,6'sının (n=48) hem şapka hem gözlük taktığı, %7,4'ünün (n=77) şapka takıp gözlük takmadığı, %42'sinin (n=436) şapka takmayıp gözlük taktığı, %45'inin (n=474) ikisini de takmadığı belirlenmiştir. Hesaplanan p değeri 0,046 olup şapka ve gözlük takma arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 6).

Katılımcıların yalnızca %12,1'inin (n=125) şapkası vardır. Erişkin-çocuk yaş grubunun %9,06'sının (n=83), yaşlı yaş grubunun ise %35,3'ünün (n=42) şapkası bulunmaktadır.

Erişkin-çocuk yaş grubunun şapka kullanım yüzdesi yaşlı yaş grubundan düşüktür. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ), (Tablo 7).

#### 4. Tartışma

Önemli bir sağlığı geliştirme davranışı olan güneşin zararlı etkilerinden korunmaya ilişkin uygulamaların incelendiği bu çalışmada, araştırmaya katılan 1035 kişinin yalnızca % 1,3'ünün güneşten korunma davranışlarının tamamını uyguladığı, % 11,7'sinin ise hiçbir davranışı uygulamadığı saptanmıştır. Davranışların tamamını uygulayan erkek yüzdesi kadınlardan, yaşlı yaş grubu yüzdesi de erişkin yaş grubundan daha yüksektir. Benzer biçimde National Health Service (NHS) 2000 yılı kanser planında da genel popülasyonda ultraviyolenin zararları hakkındaki bilginin ve bu zararlara karşı alınan önlemlerin eksikliğinden söz edilmektedir (11). Korunma davranışının tamamını uygulayanların yüzdesinin düşük bulunmasının sebebi olarak toplumun güneşin zararlı etkileri hakkında yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip olmaması düşünülebilir. Bu eksiklik bu konudaki eğitimlerin az olmasından, bu konunun medyada çok az yer bulmasından ve sağlık çalışanlarının kendilerine başvuranları yeterli ölçüde bilgilendirmemesinden kaynaklanabilir. Sağlık kurumlarında çalışan ve sağlık kurumuna



Fotoğraf: Mine Bozkurt Nasıf

başvuran insanların güneşten korunma davranışlarının saptandığı bu çalışmada davranışların tamamını uygulayan sağlık çalışanının bulunmaması bu ihtiyacın karşılanmasının gerekliliğini ortaya koymuştur. Nitekim Ashish Magdum ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da cilt kanseriyle uğraşan plastik cerrahların bile bu konuda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır (12). Halka verilecek önerilerin daha geniş kitlelere ulaşması ve riskli grupların korunması açısından sağlık çalışanlarının bu konuda örnek teşkil ettiği düşünülmektedir. Ayrıca güneşin derideki zararlı etkileri ve deri kanserlerinin engellenmesi konusunda halkı bilinçlendirmek temel olarak dermatologların görevi olsa da tüm hekimlerin bu göreve katkıda bulunması gerekmektedir. Uslu ve arkadaşlarının hekimlerin güneşten korunma davranışlarını değerlendirdiği çalışmada klinisyenlerin kişisel güneşten korunma tutumları, hastalarına güneşten korunma önerisinde bulunmalarının bir belirleyicisi olabildiği saptanmıştır (13). Bu nedenle, sağlık çalışanlarının güneşin derideki etkileri, deri kanserleri ve korunma yolları konusunda bilgi düzeylerinin geliştirilmesine gereksinim olabilir.

Ultraviyolede korunmada Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi koyu renk kıyafetler giymek yönündedir. Araştırmadaki katılımcılar bu yönden incelendiğinde katılımcıların %61,6'sının üst kıyafet olarak açık renk, %32,2'sinin alt kıyafet olarak açık renk tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 3). Sıcaktan korunma için önerilen ise güneşten korunmanın aksine açık renk kıyafet seçimidir (10). Toplumda da yaz mevsiminde açık renk, kış mevsiminde koyu renk giyilmesi gerektiğine dair bir algı bulunmaktadır. Ancak araştırma gözlemsel olduğu ve katılımcılardan bire bir bilgi alınamadığı için bu tercihin güneşten korunma amaçlı olup olmadığı bilinmemektedir. Bu konuda daha ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Bu çalışmada cinsiyete göre güneş gözlüğü kullanımı erkeklerde %39,5, kadınlarda %53,3 olarak bulunmuştur. Kadınlarda güneş gözlüğü kullanımı erkeklerden daha yüksektir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 5). Yurtseven ve arkadaşlarının 15 Eylül-15 Ekim 2012 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesinde adölesanlarda yaptıkları çalışmada da kadınlarda gözlük kullanımının erkeklerden daha fazla olduğu

gösterilmiştir. Bu farkın kadınların estetik ve güzellik kaygısından kaynaklandığı düşünülebilir (14). Kadınların güneş gözlüğünü günlük hayatında bir aksesuar olarak kullandığı ve birden fazla güneş gözlüğüne sahip oldukları bilinmektedir. Bu nedenle güneş gözlüğü ticareti ülkemizde önemli bir sektör olarak varlığını sürdürmektedir. Sektörde UV' den korumada etkili olmayan gözlükler uygun fiyatla satılmaktadır. Bu da kadınların daha yüksek yüzdede gözlük kullanmasına karşın, UV'nin zararlı etkilerinden yeterince korunup korunamadığı hakkında soru işaretlerini beraberinde getirmektedir. Bu nedenle, katılımcılarla anket tarzında yeni araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Araştırmadaki katılımcılardan şapka kullananların %61,6'sının gözlük kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 6). Bu durumun sebebi; şapkanın göze gelen güneş ışınlarını önlediği düşünülerek güneş gözlüğüne gereksinim duyulmaması olabilir. Ayrıca katılımcıların, şapkayı estetik kaygı ya da sıcaktan korunma amacıyla kullandığı ve bu



Fotoğraf: Ebru Maranalı

nedenle şapka kullananların çoğunun güneş gözlüğü kullanmadığı düşünülmektedir. Bunu öğrenebilmek için daha ileri çalışmalara gereksinim vardır. Şapka kullanmak ve gölgeli alanlarda bulunmak, UV ışınlarına maruz kalmayı azaltmaya yardımcı olur, ancak UV ışınları çeşitli yüzeylerden yansiyabildiğinden, güneş gözlüğü kullanımıyla elde edilen koruma kadar etkili değildir (15). Amerikan Akademi Oftalmoloji Derneğinin önerisine göre güneşten daha iyi bir korunma sağlamak için güneş gözlüğü ile birlikte geniş ağızlı şapkalar kullanılmalıdır (16). İdeal olan 10 cm güneşliği olan şapkaların kullanılmasıdır. Ayrıca şapka seçimi yaparken ışığa tutularak bakılmalı, ışık geçirmeyen dokuma tercih edilmelidir (17).

Fransa'da deri kanseri tedavisi gören hastalarda yapılan bir çalışmaya göre güneşten korunma davranışında yaşa bağlı belirgin bir fark gösterilmemiştir (18). Çin'de Yan ve Xu tarafından yapılan başka bir çalışmada ise diğer çalışmanın aksine, güneşten korunma tutum ve davranışlarında yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (19). Bu araştırmada, yaşlıların şapka kullanım davranışının erişkin-çocuk yaş grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 7). Ancak bu davranışın sıcaktan korunmak için mi yoksa UV'den korunmak için mi olduğu bilinemediğinden daha ileri araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Ayrıca, 65 ve üzeri yaş grubun güneşin zararlı etkileri açısından bir risk grubu olmasından kaynaklanan (20) gerekçelerle bu grup için korunma davranışları daha da önem kazanmaktadır.

Araştırmada katılımcıların yalnızca %1'inin şemsiye kullandığı ve Türkiye'de şemsiye kullanımının yaygın bir güneşten korunma davranışı olmadığı saptanmıştır (Tablo 2). Yurtseven ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada da şemsiye kullanımı benzer biçimde düşük bulunmuştur. Şemsiye kullanımının düşük bulunmasının, toplumda şemsiyenin yalnızca yağışlı havalarda kullanılan bir korunma aracı olarak algılanmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, şemsiye kullanımının bir güneşten korunma davranışı olarak benimsenmemiş olmasının da etkili olabileceği düşünülebilir (14).

*Araştırmada bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır.* Seçilmiş açık alanlardan geçen tüm insanların gözlenmesinin mümkün olmaması, aynı kişilerin birden fazla kez gözlenmiş olma olasılığı, araştırmanın yalnızca gözleme dayalı gerçekleşmiş olması, güneşten korunma ile ilgili DSÖ tarafından önerilen konuların tamamının araştırılmamış olması araştırmanın başlıca kısıtlılıklarıdır.

Sonuç olarak; güneşin zararlı etkileri başlıca UV ışınlarına bağlı olarak gelişmektedir. UV'nin başlıca zararlı etkilerine vücut için önemli bir koruyucu tabaka olan cilt ve gözler maruz kalmaktadır. Bu maruz kalım melanom gibi pek çok sağlık problemini de beraberinde getirmektedir. Etkiler, alınan önlemler ile en aza indirilebilmektedir, kısacası kişinin bu etkilere karşı önlem alması gerekmektedir. Özellikle erişkinlerin güneşten korunma konusunda yeterli bilgiye sahip olması ve gerekli önlemleri alması çocukların da korunması açısından önemlidir. Güneşin ve UV ışınlarının zararlı etkilerinden korunmak için toplumda farkındalığın sağlanması gereklidir. Toplumun bilinçlendirilmesi; önlemlerin yaygınlaşması ve zararın en aza indirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Görülmektedir ki; kişilerin güneşten korunma davranışı yeterli ölçüde göstermemeleri önemli bir halk sağlığı problemidir. Bu çalışmada yerleşkede gözlenen kişilerin güneşten korunma davranışlarının uygulama sıklığı düşük olarak saptanmıştır. Ancak çalışma gözlemsel tipte bir araştırma olduğu için kişilerin güneşten korunma davranışlarının tamamı hakkında yeterli bilgi toplanamamıştır. Konuyla ilgili ayrıntılı ve ileri çalışmalar yapılması daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesi ve önlemlerin öneminin farkındalığının sağlanması açısından değerlidir.

Bu araştırmanın sonuçlarından yola çıkarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Güneş ışınlarının en yoğun olduğu 10.00-16.00 saatleri arasında güneşe maruz kalım kısıtlanmalıdır.
2. Geniş kenarlı şapka ve koruyucu gözlük kullanılması konusunda hastane içindeki bireylerin bilgilendirilmeleri amacıyla broşür vb. araçlar kullanılarak bilgilendirme yapılmalıdır.
3. Yerleşke içinde gölge alanların artırılması uygun olur.

4. Topluma sağlıkla ilgili en doğru mesajları vermesi beklenen sağlık çalışanlarının konuya ilişkin farkındalıklarının artırılması için çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

5. Bu çalışmanın eksik kalan noktalarının giderilebilmesi için katılımcılarla iletişim kurulabilen araştırmaların yapılabilmesi önerilmektedir.

### Teşekkür

Araştırmanın kurum içinde yapılmasına verdikleri izinden dolayı üniversite yönetim birimlerine teşekkür ederiz.

**İletişim:** Tuğba Meliha Fatma Ercan

**E-posta:** mftgbaercn@gmail.com

### Kaynaklar

1. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6z%C3%BCk.pdf>. Erişim:5/7/2017
2. [Internet] <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Erişim: 5/7/2017.
3. [Internet]<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6z%C3%BCk.pdf>. Erişim:5/7/2017.
4. Yurtseven E, Ulus T, Vehid S et al. Assessment of Knowledge, Behaviour and Sun Protection Practices among Health Services Vocational School Students. Int. J. Environ. Res. Public Health 2012, 9(7), 2378-2385; [Internet] doi:10.3390/ijerph9072378 Erişim:17.07.17
5. Aynur, U.; Süheyla, A.O.; Safak, E. Evaluating the skin cancer risks and sun-protection practices of students. Ege Med. J. 2004, 43, 95–99[internet] <http://www.oalib.com/references/8711448> Erişim:17.07.17
6. Grunfeld EA. What influences university students' intentions to practice safe sun exposure behaviours? J Adolesc Health 2004;35:486–92. [Internet] doi:10.1016/j.jadohealth.2003.11.093 Erişim:17.07.2017
7. Erkin G, Karaduman A. Güneş, güneşten korunma ve güneşten koruyucular[Internet]: [http://www.tip.hacettepe.edu.tr/actamedica/2007/sayi\\_2/baslik4.pdf](http://www.tip.hacettepe.edu.tr/actamedica/2007/sayi_2/baslik4.pdf) Erişim:5/7/2017
8. Kaymak, Y.; Tekbaş, O.F.; Işıl, S. Knowledge,

- attitudes and behaviours of university students related to sun protection. *Turk. Derm.* 2007, 41, 81–85 [Internet]  
<http://journal.turkderm.org.tr/eng/jvi.aspx?pdire=urkderm&plng=eng&un=TURKDERM-99608&look4=> Erişim:17.07.17
9. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer.* 2010 Dec 15;127(12):2893- 917,
10. [Internet]: <http://cevresagligi.thsk.saglik.gov.tr/bilgi-dokumanlar/halk-sagligina-yonelik/988-a%C5%9F%C4%B1r%C4%B1-s%C4%B1caklarda-al%C4%B1nmas%C4%B1-gereken-%C3%B6nlemler.html> Erişim:5/7/2017
11. [Internet]:[http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4009609](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009609) Erişim: 19/07/2017
12. Ashish Magdum, Francesca Leonforte, Edwina McNaughton et al. Sun protection –Do we know enough? [Internet]  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1748681512000083> Erişim:19/07/17
13. Uslu M, Karaman G, Şavk E. Adnan Menderes Üniversitesi Hekimlerinin Deri Kanseri Ve Güneşin Etkileri Konusundaki Bilgi Düzeyleri İle Güneşten Korunma Davranışlarının Değerlendirilmesi ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2006 7(1) : 5 – 10 [Internet]:<http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11607/2008/5-10.pdf?sequence> Erişim: 25/07/2017
14. Yurtseven E, Ulus T, Vehid S et al. Assessment of Knowledge, Behaviour and Sun Protection Practices among Health Services Vocational School Students *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9(7), 2378-2385;[Internet] doi:10.3390/ijerph9072378 Erişim:17/07/2017
15. [Internet]: <https://www.thevisioncouncil.org/content/uv-eye-protection/kids> Erişim 25/07/2017
16. [Internet]: <https://www.aaio.org/eye-health/tips-prevention/summer-sun-eye-safety> Erişim 25/07/2017
17. [Internet]:[http://turkdermatoloji.org.tr/media/files/file/GUNESTEN\\_KORUNMA.pdf](http://turkdermatoloji.org.tr/media/files/file/GUNESTEN_KORUNMA.pdf) Erişim 25/07/2017
18. Meyer N, Pruvost-Balland C, Bourdon-Lanoy E, Maubec E, Avri M.F. Awareness, knowledge and attitudes towards sun protection among skin cancer-treated patients in France. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2007;21:520–525.
19. Yan S, Xu F. Demographic Differences in Sun Protection Beliefs and Behavior: A Community-Based Study in Shanghai, China [Internet]:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377961/#!po=56.8750> Erişim: 25/07/2017
20. Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Modülleri, Şubat 2011 Ankara, [Internet]:<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/yaslisagligi.pdf> Erişim: 19/07/2017.

# Gebelikte Kazanılan Vücut Ağırlığı İle Yenidoğanın Bazı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Bir Araştırma

An Investigation of the Relationship Between Weight Gain in Pregnancy and Some Characteristics of Newborn



Melda Kangalgil<sup>1</sup>, Ayşe Nur Acar<sup>2</sup>, Dr. Hülya Yardımcı<sup>3</sup>

Geliş/Received : 18.10.2016  
Kabul/Accepted : 12.06.2017

## Öz

**Amaç:** Bu araştırmada gebelikteki toplam ağırlık artışının yenidoğan sağlığı ve bazı biyokimyasal parametrelerle ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma Konya ilinde bir doğum hastanesinde yeni doğum yapmış 92 anne ve bebekleri ile yapılmıştır. Veriler anneler ile yüz yüze veri toplama formu kullanılarak toplanmış, yenidoğanların dosyalarından elde edilen bazı biyokimyasal kan parametreleri değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması  $25,8 \pm 5,0$  yıldır. Annelerin gebelikten önce ortalama BKİ'leri  $24,1 \pm 3,8$  kg/m<sup>2</sup>'dir. Annelerin %31,5'i gebelikleri süresince yetersiz vücut ağırlığı kazanırken, %34,8'i istenilen toplam vücut ağırlığı kazanmıştır. Gebelikleri süresince yetersiz ağırlık kazanan annelerin bebekleri normal ağırlık kazanan annelerin bebeklerine göre; gestasyon haftası, doğum ağırlığı, doğum boyu ve baş çevreleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Annelerin gebelikleri süresince ağırlık kazanımları arttıkça yenidoğanların albümin ve total protein değerlerinin de arttığı saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Gebelik süresince istenilen toplam vücut ağırlığı kazanımının yenidoğanın gestasyon haftasına, doğum ağırlığına, doğum boyuna ve baş çevresine olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca gebelikte toplam ağırlık kazanımı ile yenidoğanın albümin ve total protein değerleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Gebelik süresince istenilen toplam vücut ağırlığı kazanımı hem anne hem de bebeğin sağlığı için önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Gebelikte beslenme, Yenidoğan, Doğum ağırlığı, Toplam protein

## Abstract

**Aim:** This study aimed to investigate the relationship between total weight gain in pregnancy and health of newborn and some biochemical parameters.

**Materials and Methods:** The study was carried out among 92 mothers who just gave birth and their babies at a maternity hospital in Konya province. The data were collected using a questionnaire through face-to-face interviews with the mothers; certain biochemical blood parameters obtained from the files of the newborns were analyzed.

**Findings:** The mean age of the mothers participating in the study was  $25,8 \pm 5,0$  years. The mean BMI among the mothers prior to pregnancy was found to be  $24,1 \pm 3,8$  kg/m<sup>2</sup>. 31,5% of the mothers could not gain adequate weight during their pregnancy, whereas 34,8% gained desired total weight. The babies of the mothers, who could not gain satisfactory weight during their pregnancy were found to have lower values of the gestational week, birth weight, birth height, and head circumference compared to the babies of the mothers, who gained normal weight ( $p < 0,05$ ). It was found that, as the weight gains of mothers during pregnancy increased, albumin and total protein values of the newborns increased as well ( $p < 0,05$ ).

**Conclusions:** It was determined that desired total weight gains during pregnancy had a positive effect on the gestational week, birth weight, birth height, and head circumference of newborns. Besides, it was observed that there was a positive correlation between total weight gain in pregnancy and albumin and total protein values of newborns. The desired total weight gain during pregnancy is significant for both mothers and newborns.

**Key words:** Pregnancy nutrition, Newborn, Birth weight, Total protein

1 Arş Gör. Uzm. Dyt.; Karadeniz Teknik Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Trabzon

2 Dyt., Sağlık Bakanlığı, Aksaray Toplum Sağlığı Merkezi, Aksaray

3 Dyt.; Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara



## Giriş

Gebelik dönemi besin ögesi gereksiniminin arttığı önemli bir süreçtir. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkilemektedir. Ülkemizde gebelikte görülen beslenme sorunlarının başlıca nedenleri; gebelikte artan gereksinimlerin karşılanamaması, ekonomik yetersizlikler nedeniyle besin alımının azalması, gelenek ve göreneklerin etkisi ile yanlış besinlerin seçimi, yiyecek hazırlama ve saklamada yapılan yanlış uygulamalardır. Gebelikte ileri derecede yetersiz beslenme durumunda maternal ve fetal mortalite, morbidite riskleri artmaktadır. Özellikle artmış abortus sıklığı, ölü doğum, erken doğum, gestasyonel haftasına göre düşük doğum ağırlığı ve neonatal ölüm riski maternal malnutrisyon ile ilişkilidir (1).

Gebelikte önerilen vücut ağırlığı kazanımı hem anne hem de fetus açısından oldukça önemlidir. Vücut ağırlığındaki artış; gebelik öncesi maternal vücut ağırlığı, boy uzunluğu, etnik özellik, yaş, sigara kullanımı ve sosyoekonomik düzey gibi birçok etmenden etkilenmekle birlikte temel etken gebelikte yeterli ve dengeli bir beslenmedir (2).

Tıp Enstitüsü (Instute of Medicine-IOM) 2009 yılında, gebelikteki ağırlık kazanımının yenidoğan üzerindeki etkisinin önemini vurgulamıştır (3). Gebelikte yetersiz ağırlık kazanımının kısa vadede düşük gestasyonel yaşa ve preterm doğuma yol açtığı, fazla ağırlık kazanımının ise makrozami, sezeryan doğum ve neonatal metabolik anormallikler gibi istenmeyen sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (4-7). Epidemiyolojik çalışmalar gebelikte aşırı ağırlık kazanımının kısa vadede olduğu kadar uzun vadede de olumsuz sonuçlar doğurabileceğini bildirmiştir. Bu durum özellikle çocukluk ve adolesan dönemde obezite, yüksek kan basıncı ve trigliserit seviyesi gibi pek çok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmektedir (8,9).

Bu çalışmanın amacı, gebelikte kazanılan vücut ağırlığı ile yenidoğanın bazı antropometrik özellikleri ve kan parametreleriyle ilişkisini incelemektir.

## Gereç ve Yöntem

Çalışma tanımlayıcı tipte olup, Konya ilinde Dr. Faruk Sukan Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde yeni doğum yapmış 92 anne ve

bebekleri ile yapılmıştır. Gebelikte vücut ağırlığı kazanımında sapmalar yapacağı için çoğul gebelikler, gestasyonel yaş tayini yapılamayacağı için ölü doğumlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle, veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Annelere anket uygulanmadan önce onam belgesi imzalatılmıştır. Anket formu anneye ait genel bilgiler (yaş, eğitim durumu, gebelikte beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri, emzirme durumu vb.) ve bebekleri ile ilgili bilgilerden (gestasyon haftası, doğum ağırlığı ve boyu, baş çevresi ve bazı biyokimyasal parametreler) oluşmuştur. Annelerin gebelik öncesi vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları kendi beyanlarına göre sorgulanmış ve gebelik öncesi beden kütle indeksi (BKİ) hesaplanmıştır. BKİ değerleri; Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) önerdiği gibi değerlendirilmiş (10); %3,3 zayıf (<18,5 kg/m<sup>2</sup>), %57,6 normal (18,5-25,0 kg/m<sup>2</sup>), %30,4'ü hafif şişman (25,0-30,0 kg/m<sup>2</sup>) ve %8,7 şişman (≥30,0 kg/m<sup>2</sup>) bulunmuştur. Daha sonra gruplar dengeli bir biçimde dağılmadığı için BKİ'leri birleştirilmiş olup; "normal (<25 kg/m<sup>2</sup>)" ve "şişman (≥25 kg/m<sup>2</sup>)" olarak gruplandırılmıştır. Annelerin gebelikte kazandıkları toplam vücut ağırlığı <9 kg ise "yetersiz ağırlık kazanımı", 9-12 kg ise "normal ağırlık kazanımı", >12 kg ise "fazla ağırlık kazanımı" olarak sınıflandırılmıştır. Üç grup; yenidoğanın doğum şekli, doğum ağırlığı, gestasyon haftası, doğum boyu, baş çevresi ve bazı biyokimyasal parametre değerleri açısından kıyaslanmıştır. Yenidoğanların doğumdan hemen sonraki doğum ağırlıkları, boy uzunlukları ve baş çevresi ölçümleri usulüne uygun ölçülerek kaydedilmiştir. İlk kez emzirmeye başlama süresi ve anne sütü dışında yenidoğana verilen besinler de sorgulanmıştır.

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, Statistical Package For Social Sciences (SPSS) paket programı kullanılmıştır. Araştırma verileri mutlak ve yüzde (%) değerler ile gösterilmiş, gerekli yerlerde aritmetik ortalamalar ile standart sapma değerleri (X±S) alınmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Ki kare testi ve One Way Anova testleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışma için gerekli izinler Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmanın sınırlılıkları; annelerin, gebelikte kazandığı ağırlıkları bilgisi kayıtlara ulaşılmadan annelerin kendisinden alınmıştır. Araştırmanın tipi de sonuçların genellenebilirliği açısından bir kısıtlılıktır.

### Bulgular

Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması  $25,8 \pm 5,0$  yıldır (min:20 yıl; max:40 yıl). Annelerin diğer tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Annelerin %37,0'si ortaöğretim mezunuyken, %34,8'i ilköğretim mezunudur. Lise/Üniversite mezunu anneler ise tüm annelerin %16,2'sini oluşturmuştur. Annelerin kendi beyanlarına göre %90,2'sinde kronik bir hastalık yoktur. Kronik hastalıklarını beyan eden annelerde en çok görülen hastalıklar anemi (%44,4) ve guatrdir (%22,2). Annelerin büyük çoğunluğu gebelik takiplerini aile sağlığı merkezlerinde (%61,6) yaptırmışlardır.

Annelerin gebelikten önce ortalama BKİ'leri  $24,1 \pm 3,8$  kg/m<sup>2</sup> bulunmuştur. Annelerin %60,9'unun gebelikten önceki BKİ'leri normal olup gebelikte kazandıkları toplam ağırlıkları ortalama  $11,2 \pm 4,9$  kg'dır. Bunun yanı sıra annelerin %1,1'inin gebelikte ağırlık kaybettiği saptanmıştır (Tablo 1).

Gebelikten önce BKİ'ne göre normal olan annelerin gebelikleri süresince %28,6'sı istenilen vücut ağırlığı kazanımını (9-12 kg) sağlarken; %33,9'u yetersiz ağırlık kazanımı (<9 kg) ve %37,5'inde ise fazla ağırlık kazanımı (>12 kg) olduğu belirlenmiştir. Gebelikten önce BKİ'ye göre şişman olan annelerin gebelikleri süresince %41,7'si istenilen ağırlık kazanımını sağlamıştır. %30,6'sı ise fazla ağırlık kazanmış olup; %27,8'i yetersiz ağırlık kazanmıştır. Ancak gebelikten önce BKİ'ye göre gebelikte ağırlık kazanımı kıyaslandığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Annelerin genel özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okuma-yazması yok	11	12.0
İlköğretim	32	34.8
Ortaöğretim	34	37.0
Lise/Üniversite	15	16.2
<b>Kronik hastalık</b>		
Var	9	9.8
Yok	83	90.2
<b>Gebelik takibi</b>		
Yaptırdı	86	93.5
Yaptırmadı	6	6.5
<b>Gebelik önce BKİ</b>		
<25	56	60.9
≥25	36	39.1
<b>Gebelikte kazanılan toplam ağırlık</b>		
<9 kg	29	31.5
9-12 kg	31	33.7
>12 kg	32	34.8
	<b>X±Sx</b>	<b>Min-Max</b>
Boy (cm)	160.03±5.94	145-170
Gebelik öncesi ağırlık (kg)	61.75±10.37	43-98
Gebelikten önce BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	24.13±3.85	17.44-34.70
Gebelikte kazanılan toplam ağırlık (kg)	11.26±4.94	-4-27

Tablo 2. Gebelerin beslenme durumlarına ait bazı özellikleri		
Özellikler	Sayı	%
<b>Gebelikte beslenme eğitimi</b>		
Aldı	63	68.5
Almadı	29	31.5
<b>Gebelikte beslenme değişikliği</b>		
Yaptı	46	50.0
Yapmadı	46	50.0
<b>Gebelikte tüketilen ana öğün sayısı</b>		
1 ana öğün	3	3.3
2 ana öğün	9	9.8
3 ana öğün	80	87.0
<b>Gebelikte tüketilen ara öğün sayısı</b>		
1 ara öğün	16	17.4
2 ara öğün	53	57.6
3 ara öğün	21	22.8
4 ara öğün	1	1.1
<b>Gebelikte günlük su tüketme*</b>		
<8 bardak	3	3.3
8-10 bardak	39	42.4
10-12 bardak	34	37.0
12-14 bardak	10	10.9
>14 bardak	6	6.5

\*Bardak olarak alınmıştır

Gebelikte kazanılan toplam ağırlık ile doğum şekli arasındaki ilişki incelendiğinde; gebeliği süresince yetersiz ağırlık kazananların %69,0'u vajinal doğum yaparken, normal ağırlık kazananların %58,1'i ve fazla ağırlık kazanan annelerin %56,3'ü vajinal doğum yapmıştır ( $p>0,05$ ). Gebelerin beslenme durumlarına ait bazı

özellikleri Tablo 2' de verilmiştir. Beslenme eğitimi alan anneler (%68,5) bu eğitimleri gebelik takibini yaptıkları yerlerdeki hemşirelerden (%100) aldıklarını belirtmişlerdir. Tüm annelerin %50,0'si gebelikte beslenme değişikliği yapmışlardır. Annelerin %87,0'si gebeliklerinde 3 ana öğün tüketirken; %22,8'i 3 ara öğün tüketmişlerdir. Gebelerin %42,4'ü günde 8-10 bardak su içmektedir.

Gebelikte en çok yapılan beslenme değişikliklerinin; meyve grubunu artırma (%28,2), süt ve süt ürünlerini artırma (%21,7), aynı gün içerisinde besin çeşitliliğini artırma (%10,8), şeker ve bal gibi saf karbonhidrat tüketimini azaltma (%6,5) yönünde olduğu belirlenmiştir. Gebelikten önce BKİ'ye göre şişman olan annelerin BKİ normal olan annelere göre; bebeklerinin doğum ağırlıkları, doğum boyu ve baş çevrelerinin daha fazla olduğu bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Yenidoğanların %39,1'i düşük doğum ağırlıklı (<2500g) ve %59,9'u normal ağırlıkta (2500-4000g) doğmuşlardır.

Gebelikte normal ağırlık kazanan annelerin bebeklerinin, yetersiz ve fazla ağırlık kazananlar annelerin bebeklerine kıyasla gestasyon haftası, doğum ağırlığı, doğum boyu gibi antropometrik özelliklerinin daha fazla ve istenilen değerlere daha yakın olduğu belirlenmiştir. Buna karşın gebelikte kazanılan ağırlık arttıkça yenidoğanların baş çevreleri de artmıştır ( $p<0,05$ ). Ayrıca yenidoğanın kan parametrelerinden albümin ve total protein değerlerinin annenin gebelikte

Tablo 3. Gebelikte kazanılan toplam ağırlığın yenidoğan üzerindeki bazı etkileri

Yenidoğana ait bazı özellikler	Yetersiz(<9 kg)	Normal (9-12 kg)	Fazla (>12 kg)	p
Gestasyon haftası	34,6±4,0	36,7±3,1	36,1±3,3	0,019
Doğum ağırlığı (g)	2337,2±699,7	2781,9±638,4	2674,4±673,8	0,03
Doğum boyu (cm)	45,9±3,8	48,4±3,2	48,2±3,1	0,009
Baş çevresi (cm)	31,8±1,8	32,1±1,5	33,0±1,5	0,017
Glikoz	78,5±36,8	76,6±37,2	69,5±22,7	0,529
Kreatinin	0,6±0,3	0,5±0,2	0,6±0,2	0,368
Kalsiyum	8,8±0,9	9,1±0,9	9,1±0,9	0,264
Albümin	2,7±0,3	2,9±0,4	3,0±0,3	0,003
Üre	15,7±10,6	16,7±12,0	15,7±12,0	0,930
Total protein	4,4±0,6	4,6±0,7	4,9±0,5	0,008
Potasyum	4,7±0,5	4,8±0,7	5,0±0,5	0,209
Sodyum	134,4±4,4	137,0±4,5	136,6±3,6	0,052

kazandığı ağırlık artışı ile paralel olarak arttığı saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 3).

Annelerin %14,1'i yenidoğana doğumdan sonraki ilk bir saat içinde anne sütü verirken, %66,3'ü ilk bir gün içinde anne sütü verdiklerini, %6,5'i ise bebeklerine hiç anne sütü vermediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca annelerin %39,1'i bebeklerine anne sütünün yanı sıra başka bir besin vermişlerdir. En çok verilen besin bebek mamasıdır (%97,2).

### Tartışma

Gebelikte ideal ağırlık kazanımı anne ve yenidoğan sağlığını direkt etkilemektedir. Gebelik, ağırlık değişimlerinin hızlı olduğu bir dönemdir. Bu dönemdeki dengesiz artış ya da azalmalar, yenidoğan ile annenin mortalite ve morbiditesi için risk faktörüdür. Bu nedenle bu çalışmada gebelik sürecinde toplam ağırlık kazanımının yenidoğanın antropometrik özellikleri ve bazı biyokimyasal parametrelerle ilişkisi değerlendirilmiştir.



Fotoğraf: Didem Maranalı

Gebelik öncesi BKİ'nin fazla olması hem kısa hem de uzun vadede bebek için olumsuz sağlık sonuçları oluşturabilmektedir (8). Bu çalışmadaki gebelerin %39,1'inin BKİ'si olması gerekenden daha fazla bulunmuştur. Gebelik öncesinde BKİ'si yüksek olan kadınların normal BKİ'de olanlara göre gebelik boyunca daha fazla ağırlık kazanımı eğiliminde olduğu bildirilmiştir (7). Ancak bu çalışmada gebelik öncesi BKİ ile gebelik de kazanılan ağırlık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bir milyondan daha fazla gebe katılımcıyla yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, gebelerin %47'sinin önerilen vücut ağırlığından daha fazla, %23'ünün ise önerilen vücut ağırlığından daha az ağırlık kazandığı belirlenmiştir (11). Gebelik süresince yetersiz ağırlık kazanımından daha çok, fazla ağırlık kazanımı yaygındır (12). Ancak çalışmamızda yetersiz ağırlık kazanan ve fazla ağırlık kazanan gebelerin sıklığı benzer bulunmuştur (sırasıyla %31,5 ve %34,8). Gebelikte fazla ağırlık kazanımı gestasyonel hipertansiyon, diyabet ve preeklampsi gibi olumsuz gebelik sonuçlarına, doğumda daha sık komplikasyonların ortaya çıkmasına, sezeryan doğuma, makrozamiye, doğum sonrası annede obeziteye ve yenidoğanın sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olurken; gebelikte yetersiz ağırlık kazanımı ise düşük doğum ağırlıklı ve prematüre bebek doğma riskini artırmaktadır. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerde yüksek mortalite ve morbidite görülmektedir (8, 11, 13-20). Bu çalışmada da diğer çalışmalara benzer biçimde, gebelik süresince toplam ağırlık artışı yetersiz olan annelerin bebeklerinin, gebelikte yeterli ağırlık kazanımı olan annelerin bebeklerine göre daha düşük doğum ağırlığında oldukları ve daha düşük gestasyon haftasında doğdukları saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Buna karşın gebelikte vücut ağırlığı kazanımı ile sezeryan doğum arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Boy uzunluğu ve baş çevresi ölçümlerinin fetal malnütrisyonundan daha az etkilendiği, ancak annenin beslenme durumuyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Wander ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada, annenin gebelikte toplam vücut ağırlığı kazanımı arttıkça baş çevresinin arttığını belirlemiş (15) olup; bu çalışmada da annelerin gebeliklerindeki toplam ağırlık kazanımları arttıkça bebeklerin baş çevrelerinin arttığı görülmüştür.

Ancak bu çalışmada bebeklerin ortalama baş çevreleri, Türkiye’de yapılan diğer çalışmalardan daha düşük bulunmuştur (21,22). Bunun nedeninin, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin sayıca fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelik süresince ağırlık kazanımı fazla olan annelerin bebeklerinin doğum boylarının anlamlı olarak daha uzun olduğu görülmüştür (16, 17). Papazian ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada, gebeliklerinde yetersiz ağırlık kazanan annelerin %16,6’sının, normal ağırlık kazananların %12,0’sinin ve fazla ağırlık kazananların %6,0’sinin bebeklerinin doğum boylarının 48 cm’den daha az olduğunu saptamışlardır (20). Bu çalışmada diğer çalışmalarla benzer olarak gebeliklerinde önerilen vücut ağırlığını kazanan annelerin yenidoğanlarının doğum boylarının daha fazla olduğu ve yetersiz ağırlık kazanan gebelerin yenidoğanlarının ortalama doğum boylarının 48 cm’den daha az olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Literatürde yenidoğan hipoglisemisi tanımlamasında farklı ifadeler bulunmasına karşın genel olarak kan glikozunun 18-70 mg/dL arasında olması hipoglisemi kabul edilmektedir (23). Gebelikte aşırı ağırlık kazanımının yenidoğan hipoglisemi riskini 1,52 kat artırdığı bildirilmiştir



Fotoğraf: Nejdett Fidan

(24). Bu çalışmada da fazla ağırlık kazanan gebelerin yenidoğanlarının yetersiz ve normal ağırlık kazanan gebelerin yenidoğanlarına göre ortalama kan glikoz seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmış ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Düşük doğum ağırlıklı ve gestasyon haftası düşük olan bebeklerde serum albümin ve total protein değerlerinin olması gerekenden daha az olduğunu gösteren çalışmalar vardır (25-27). Ancak gebelikte ağırlık kazanımının yenidoğan albümin ve total protein değerleri üzerindeki direkt etkileri ile ilişkili çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada annelerin gebeliğinde kazandığı toplam vücut ağırlığı arttıkça, bebeğin albümin ve total protein değerlerinin de arttığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, bebeklerin %50,0’si doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmektedir. Bu çalışmada doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirme sıklığı %14,1 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ilk bir saat içerisinde emzirme sıklığının az olması; gestasyon haftası düşük olan bebeklerin sayıca fazla olmasından ve annelerin doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde anne sütü ile beslenmenin önemini bilmemelerinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca TNSA-2013 verilerine göre ilk bir gün içerisinde emzirme sıklığı %70,2 (28) olup; bu çalışmanın sonucu (%66,3) ile uyumlu olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; gebelik süresince yeterli ve dengeli bir beslenme ile hem günlük gereksinimler karşılanabilir hem de istenilen vücut ağırlığı kazanımı sağlanabilir. Gebelik süresince önerilen ağırlık kazanımı, yenidoğanların optimum sağlıklarını korumak ve sağlıklı toplumların oluşması için önemlidir. Gebelik süresince ağırlık takiplerinin düzenli yapılması ve gebelikte beslenme eğitimine daha fazla önem verilmesi gerekmektedir. Gebe kadınlar, beslenme ve vücut ağırlığı kontrolü konusunda eğitilmelidir. Gebelik döneminde toplam ağırlık kazanımının yenidoğan üzerindeki etkilerinin daha net anlaşılması için daha kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

**İletişim:** Dr. Hülya Yardımcı

**E-posta:** hulya\_yardimci@yahoo.com

## Kaynaklar

1. Taş EE, Üstüner I, Özdemir H, Dikeç A, Avşar AF. Gebe kadınlarda beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi* 2010;2:7-12.
2. Institute of Medicine of the National Academies. Dietary Reference Intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (macronutrients). Washington: National Academy Press; 2005.
3. Rasmussen KM, Yaktine AL. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington: National Academies Press; 2009.
4. Deputy NP, Sharma AJ, Kim SY. Gestational weight gain. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2015;64:1215-20.
5. Poston L. Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2012;26:627-39.
6. Fraser A, Tilling K, Macdonald-Wallis C, Sattar N, Brion MJ, Benfield L, et al. Association of maternal weight gain in pregnancy with offspring obesity and metabolic and vascular traits in childhood. *PMC* 2010;121:2557-64.
7. Crane JM, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens, D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2009;31: 28-35.
8. Gillman MW. Gestational Weight Gain. *American Heart Association* 2012;125: 1339-40.
9. Stuebe AM, Forman MR, Michels KB. Maternal recalled gestational weight gain, pre-pregnancy body mass index, and obesity in the daughter. *International journal of obesity* 2009;33:743-52.
10. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index. Erişim tarihi: 2 Mart 2016, [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)
11. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama*, 2017;317:2207-25.
12. Olson CM. Achieving a healthy weight gain during pregnancy. *Annu Rev Nutr* 2008;28:411-23.
13. Johnson J, Clifton RG, Roberts JM, Myatt L, Hauth JC, Spong CY, et al. Pregnancy outcomes with weight gain above or below the 2009 Institute of Medicine guidelines. *Obstetrics and gynecology* 2013;121:969-75.
14. Vesco KK, Sharma AJ, Dietz PM, Rizzo JH, Callaghan WM, England L, et al. Newborn size among obese women with weight gain outside the 2009 Institute of Medicine recommendation. *Obstetrics & Gynecology* 2011;117:812-18.
15. Wander PL, Sitlani CM, Badon, SE, Siscovick DS, Williams MA, Enquobahrie DA. Associations of early and late gestational weight gain with infant birth size. *Matern Child Health J* 2015;19:2462-9.
16. Catalano PM, Mele L, Landon MB, Ramin SM, Reddy UM, Casey B, et al. Inadequate weight gain in overweight and obese pregnant women: what is the effect on fetal growth? *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:137.1-7.
17. Kirchengast S, Hartmann B. Determinants of gestational weight gain with special respect to maternal stature height and its consequences for newborn vital parameters. *Anthropological Review* 2013;76:151-62.
18. Henriksson P, Eriksson B, Forsum E, Löf M. Gestational weight gain according to Institute of Medicine recommendations in relation to infant size and body composition. *Pediatric Obesity* 2015;10:388-94.
19. Nohr EA, Vaeth M, Baker JL, Sørensen TI, Olsen J, Rasmussen KM. Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. *The American journal of clinical nutrition* 2008;87:1750-9.
20. Papazian T, Tayeh GA, Sibai D, Hout H, Melki I, Khabbaz LR. Impact of maternal body mass index and gestational weight gain on neonatal outcomes among healthy Middle-Eastern females. *PloS one* 2017;12:e0181255. 1-13.
21. Türkmen M, Aydoğan F, İnan G, Sönmez F, Öztürk A. Aydın'da zamanında ve prematüre doğan bebeklerin ağırlık, boy, baş çevresi ölçümleri ve ponderal indeksleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2000;1:17-22.
22. Özkaya E, Sazak S, Güzelçicek A, Samancı N. Farklı beslenme modellerinin hayatın ilk 12 ayındaki fiziksel büyüme üzerine etkileri. *Dicle Tıp Dergisi* 2010;37:339-45.
23. Sangün Ö, Dündar B. Yenidoğan Döneminde Hipoglisemiye Yaklaşım. *Güncel Pediatri* 2013;11:31-8.
24. Stotland NE, Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. *Obstetrics & Gynecology* 2006;108: 635-43.
25. Morris I, McCallion N, El-Khurffash A, Molloy EJ. Serum albumin and mortality in very low birth weight infants. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition* 2008;93:310-2.
26. Vlaardingerbroek H, Schierbeek H, Denise R, Vermeulen MJ, Dorst K, Vermes A, Goudoever JB, Akker CHP. Albumin synthesis in very low birth weight infants is enhanced by early parenteral lipid and high-dose amino acid administration. *Clinical Nutrition* 2015;35:344-50.
27. Iacobelli S, Bonsante F, Quantin C, Robillard Binquet C, Gouyon JB. Total plasma protein in very preterm babies: prognostic value and comparison with illness severity scores. *Plos One* 2013;8:e62210.1-6.
28. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 2013. Erişim Tarihi:11.05.2016. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013\\_sonuclar\\_sunum\\_2122014.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonuclar_sunum_2122014.pdf).



Hem. Elif Saime Güler<sup>1</sup>, Dr. Emre Yanikkerem<sup>2</sup>

Geliş/Received : 10.05.2017  
Kabul/Accepted : 18.09.2017

### Öz

**Amaç:** Dünyada sezaryen ile doğumlar artış göstermektedir. Sezaryen sonrası vajinal doğum artan sezaryen oranını azaltmada önemli bir seçenektir. Bu çalışmanın amacı sezaryenle doğum yapan kadınların doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında düşüncelerinin incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırma bir üniversite hastanesinde sezaryen ile doğum yapmış 269 kadın ile yürütülmüştür.

**Bulgular:** Kadınların %64,3'ü gebelik döneminde doğum yapmaktan korktuğunu, %53,2 gebelik döneminde normal doğum yapmak istediğini, %32,3'ü daha önce sezaryen ile doğum yaptığı için bu doğumunu sezaryen ile yaptığını belirtmiştir. Kadınların yaklaşık yarısı (%49,5) bir sonraki doğumunu vajinal doğum ile yapmak istemektedir. Kadınların %87,0'si normal doğumun anne, %75,1'i bebek için daha güvenli olduğunu düşünmektedir. Kadınların %47,2'si sezaryenin modern bir yöntem olduğunu ve %40,5'i daha az ağrılı bir yöntem olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %41,3'ü sezaryen ile doğum yapan bir kadının daha sonraki doğumlarını normal doğum ile yapabileceğine inanmaktadır.

**Sonuç:** Bu çalışmada kadınların çoğunluğunun normal doğum hakkında olumlu bir bakış açısı olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle prenatal bakım boyunca kadınların doğum yöntemleri hakkında bilgilerini artırma sezaryen sonrası vajinal doğum oranlarını yükseltebilir.

**Anahtar sözcükler:** Doğum, Normal doğum, Sezaryen, Sezaryen sonrası vajinal doğum

### Abstract

**Aim:** The rates of Caesarean sections are rising globally. Vaginal birth after Caesarean is an important option to reduce increasing Caesarean section rates. The aim of this study was to investigate the views of women, who have given birth by Caesarean section, towards the mode of delivery and vaginal birth after Caesarean.

**Material and Method:** This descriptive study was conducted among 269 women, who have given birth by Caesarean section at a university hospital.

**Findings:** Of the women, 64.3% stated that they have had the fear of childbirth during pregnancy, 53.2% stated that they have wished to have vaginal birth during pregnancy, 32.3% reported that they have given birth by Caesarean section due to having Caesarean section previously. Nearly half of the women (49.5%) want to have a vaginal delivery for their next baby's birth. Overall, 87.0% and 75.1% of the women considered that normal birth is safer for mother and baby, respectively. 47.2% of the women agreed that is a modern mode of delivery and 40.5% of the participants thought Caesarean section is a less painful method of delivery. Of the women, 41.3% believed that a woman, who had had Caesarean section previously, can have a normal delivery for her later births.

**Conclusion:** In this study, it was determined that the majority of women had positive views on normal birth. Therefore, raising their knowledge about delivery methods during prenatal care may increase the rates of vaginal birth after Caesarean.

**Key words:** Childbirth, Normal delivery, Caesarean section, Vaginal birth after Caesarean

## Giriş

Doğum kadınların hayatında normal bir psikolojik süreç olup, önemli bir duygusal olaydır. Doğum yöntemlerinin yararları ve riskleri hem bilimsel platforma hem de kadınlar arasında en çok tartışılan konulardan biridir (1). Sezaryen (CS) ile doğum gerekli olduğunda anne ve bebek için hayat kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğum (VD) ile karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranları CS ile dört kat arttığı belirtilmektedir. Bununla birlikte CS yüksek maternal ölüm riski, yara iyileşmesinde ve emzirmede güçlükler, anne-bebek ilişkisinde gecikme, yüksek tedavi maliyetleri ve sonraki doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlara da sahip olmasına karşın günümüzde CS ile doğum ülkemizde ve tüm dünyada artış göstermiştir (2).

CS doğumların tüm doğumlar içindeki oranı 2014 yılı verilerine göre Dünya'da %17, Avrupa'da %25, üst gelir grubu ülkelerde %28 ve orta-üst gelir grubu ülkelerde %32 olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de CS doğumların tüm doğumlar içindeki payı 2002 yılında %21,0 iken, bu oran yıllar içinde artış göstermiş ve 2014'te %51,1'e ulaşmıştır (3). Türkiye'de, CS ile doğumun eğitim ve refah düzeyi ile birlikte artış gösterdiği, 35-49 yaş grubunda en yüksek olduğu (%56), ilk doğumların %52'sinin CS ile yapıldığı, kentsel alanda (%52) kırsal alanda yaşayan kadınlara (%36) göre CS'nin daha yaygın görüldüğü bulunmuştur (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1985'ten bu yana ideal sezaryen oranının %10-15 arasında olduğunu ve CS'nin anne ve bebeğin hayatını yalnızca tıbbi gereklilik bulunmakta ise, kurtarmada etkili olduğunu belirtmektedir (5).

Gelir ve eğitim durumu yüksek olan, geç yaşta gebe kalan ve buna bağlı gebelik ve doğum riskleri yaşayan, daha az sayıda çocuk isteyen, son doğumunu CS ile yapan, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan, doğum korkusu yaşayan ve önceki doğumlarında olumsuz deneyime sahip kadınlarda isteğe bağlı CS daha yaygın görülmektedir (6,7,8,9,10). Bununla birlikte, elektronik fetal monitörün kullanımının yaygınlaşması, cerrahi tekniklerin gelişmesi ve anestezi yöntemlerinin güvenliğinin artması ile CS daha güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmeye başlanmış ve CS oranı artış göstermiştir (9,11).

Tekrarlayan CS'nin en önemli nedenlerinden biri de VD'den korkmaktır. Bazı anneler normal doğumun olası risklerinden (anal/üriner inkontinans, perineal rahatsızlık, doğumda ağrı, uzun süren doğum ve yırtıklar) çekinmekte ve isteğe bağlı CS'yi tercih etmektedir (8).

Dünya'da CS doğumların artmasının en önemli nedeni primer CS ve tekrarlayan CS oranlarının artışıdır. Önceden CS olan kadınlar bir sonraki gebeliklerinde ya isteğe bağlı CS ya da sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) yapma şansına sahiptir (8). Uygun olgularda SSVD'nin teşvik edilmesi artan CS oranlarının azaltılmasında başarılı ve güvenli bir yöntem olduğu belirtilmektedir (2). SSVD denemek isteyen bir kadının öncelikle bir önceki CS'nin alt segment transvers insizyonla yapılmış olması, uterusu CS dışında başka skar ya da anormallik olmaması, pelvik darlığının bulunmaması ve fetusun 4000 gramın altında olması, hastanın tüm eylem süresince takip edilebileceği tam teşekküllü hastane olanaklarının bulunması gerektiği belirtilmektedir (1).

CS ile doğan bebeklerde neonatal ölüm, hastanede uzun süre yatma, solunum problemleri, cerrahi yaralanmalar, emzirme zorlukları yaşanabilmektedir. Tekrarlayan CS ile SSVD karşılaştırıldığında maternal ölüm ve histerektomi arasında fark olmadığı belirtilmektedir. Bu nedenle anne bebek mortalite ve morbiditesini azaltmak açısından planlı SSVD'nin desteklenmesi önerilmektedir (12). SSVD'nin başarısının yaş arttıkça azaldığı, önceden iki sezaryene sahip anneler daha önce VD yaptıysa SSVD'nin önerilebileceği ve ikiz bebeğe sahip annelerde SSVD başarısızlık ve morbidite açısından risk oluşturmadığı bulunmuştur (13). SSVD konusunda istekli ve ideal şartları taşıyan bir anne adayının sağlıklı bir biçimde VD yapma olasılığı %75 civarındadır (2,11,13).

Antenatal dönemde kadın merkezli yaklaşım son derece önemlidir. Gebelerin doğum yöntemleri hakkındaki düşüncelerini değerlendirip doğum yöntemleri hakkında bilgi vermek, isteğe bağlı CS oranlarını azaltmada önemlidir (9,12). SSVD ülkemiz için oldukça yeni bir kavram olup, sağlık çalışanları ve doğum yapacak kadınların birçoğu bu fikre sıcak bakmamaktadır. Bu nedenle



ülkümüzde SSVD'nin yaygınlaşması için sağlık çalışanlarının ve doğum yapacak kadınların bu konuda bilgilinmeleri son derece önemlidir (11). Bu araştırmanın amacı CS ile doğum yapan kadınların doğum yöntemleri ve SSVD hakkında bilgi ve düşüncelerinin incelenmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırmanın evrenini 2013 yılında bir Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde yatan CS ile doğum yapmış 895 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini Epi İno 2000 Programı ile (bilinmeyen prevalans %50, standart sapma %5 ve güven aralığı %95 kabul edilerek) 269 hesaplanmıştır.

Veriler literatür doğrultusunda hazırlanan dört bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Soru formunun birinci bölümü kadınların yaşı, eğitim durumu, gelir durumu vb sosyo-demografik ve doğurganlık bilgilerini inceleyen 12 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm kadınların önceki doğum öyküleri ve doğum yöntemleri hakkında düşüncelerini içeren 11 soru içermektedir. Bu bölümde kadınların önceden yaptıkları doğum şekli, CS doğum nedeni, CS doğumdan memnun olma durumu, gebelik döneminde doğum yöntemleri hakkında bilgi alma durumu incelenmiştir. Soru formunun üçüncü bölümü kadınların VD hakkında düşüncelerini inceleyen 8 soru içermektedir. Soru formunun son bölümü 15 sorudan oluşmakta ve bu bölümde kadınların CS ve SSVD hakkında düşünceleri incelenmiştir. Soru formunun üçüncü ve dördüncü bölümü bir ölçek olmayıp literatür doğrultusunda hazırlanana ifadelerden oluşmaktadır (1,2,11,14).

Araştırmanın etik kurul onayı 29/01/2014 tarihinde 20478486-41 karar ile alındıktan sonra araştırma Nisan-Temmuz 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. CS ile doğum yapan kadınlara araştırmanın amacı açıklanıp yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Veriler kadınlar ile CS'den 24 saat sonra odalarında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 17,0 programı kullanılmış ve tanımlayıcı analizler yapılmıştır.

### Bulgular

#### Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $28,2 \pm 5,4$  (18-43) olup, kadınların %59,9'u 30 yaş altında, %32,7'si ilkokul mezunu, %21,9'u çalışmakta, %71,4'ünün geliri giderine eşit, %38,3'ü ilk kez doğum yapmış ve %22,7'si son gebeliğine istemeyerek gebe kalmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Kadınların tanıtıcı özellikleri

Özellikler	n	%
<b>Yaş grubu</b>		
<30 yaş	161	59,9
≥ 30 yaş	108	40,1
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar ve okuryazar olmayan	29	10,8
İlkokul	88	32,7
Ortaokul	66	24,5
Lise	52	19,4
Üniversite	34	12,6
<b>Sosyal güvence</b>		
Olan	261	97,0
Olmayan	8	3,0
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışan	59	21,9
Çalışmayan	210	78,1
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	226	84,0
Geniş	43	16,0
<b>Gelir durumu</b>		
Geliri giderinden fazla (İyi)	57	21,2
Geliri giderine denk (Orta)	192	71,4
Geliri giderinden az (Kötü )	20	7,4
<b>Doğum sayısı</b>		
1	103	38,3
2	93	34,6
3	49	18,2
4 ve üzeri	24	8,9
<b>Kendiliğinden düşük yapma durumu</b>		
Düşük yapmayan	205	76,2
Düşük yapan	64	23,8
<b>Küretaj olma durumu</b>		
Küretaj olmayan	246	91,4
Küretaj olan	23	8,6
<b>Ölü doğum yapma durumu</b>		
Ölü doğum yapmayan	257	95,5
Ölü doğum yapan	12	4,5
<b>İsteyerek gebe kalma durumu</b>		
İsteyerek gebe kalan	208	77,3
İstemeyerek gebe kalan	61	22,7
<b>Toplam</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 2. Kadınların doğum öyküleri ve doğum yöntemleri hakkında düşünceleri**

Sorular	n	%
<b>Gebeliğinizde doğum yapmaktan korkuyor muydunuz?</b>		
Evet	173	64,3
Hayır	96	35,7
<b>Gebelik döneminde hangi yöntem ile doğum yapmayı planlıyordunuz?</b>		
Normal doğum	143	53,2
Sezaryen	126	46,8
<b>Gebelikte doğum yöntemleri hakkında bilgi aldınız mı?</b>		
Evet	118	43,9
Hayır	151	56,1
<b>Eşiniz hangi yöntemle doğum yapmanızı istedi?</b>		
Normal doğum	107	39,8
Sezaryen	33	12,2
Karışmadı	129	48,0
<b>Daha önceden hangi yöntem ile doğum yaptınız?</b>		
Bir kez doğum yapan (Sezaryen)	103	38,3
Normal doğum	51	19,0
Sezaryen	104	38,6
Hem normal, hem sezaryen	11	4,1
<b>Neden sezaryenle doğum yaptınız?</b>		
Acil durum geliştiği için	182	67,7
Mükerrer sezaryen	87	32,3
<b>Sezaryenle doğum yapmaktan memnun musunuz?</b>		
Evet	185	68,8
Hayır	84	31,2
<b>Sezaryen sonrası herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?</b>		
Evet	46	17,1
Hayır	223	82,9
<b>Bir sonraki doğumunuzu nasıl yapmayı tercih edersiniz?</b>		
Normal doğum	133	49,4
Sezaryen doğum	136	50,6
<b>Çevrenizdeki insanlara hangi doğum şeklini önerirsiniz?</b>		
Normal doğum	153	56,8
Sezaryen doğum	30	11,2
Hiçbir şey önermem	86	32,0
<b>Bir kadın sizce hangi yöntemle doğum yapmalıdır?</b>		
Sezaryen	3	1,1
Normal doğum	112	41,6
Hangi yöntemle yapmak istiyorsa o yöntemle yapmalıdır.	154	57,3
<b>Toplam</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 3.** Kadınların normal doğum hakkında düşünceleri

İfadeler	n	%
<b>Normal doğum anne için daha güvenlidir</b>		
Katılıyorum	234	87,0
Katılmıyorum	35	13,0
<b>Normal doğum bebek için daha güvenlidir</b>		
Katılıyorum	202	75,1
Katılmıyorum	67	24,9
<b>Normal doğum sonrası ağrılı dönem sezaryen doğuma göre daha azdır</b>		
Katılıyorum	231	85,9
Katılmıyorum	38	14,1
<b>Normal doğum sonrası anneler en kısa sürede ayağa kalkar</b>		
Katılıyorum	251	93,3
Katılmıyorum	18	6,7
<b>Normal doğum sonu iyileşme daha erkendir</b>		
Katılıyorum	259	96,3
Katılmıyorum	10	3,7
<b>Normal doğum sonrası anneler daha erken emzirir</b>		
Katılıyorum	231	85,9
Katılmıyorum	38	14,1
<b>Sezaryen doğumla kıyasladığımda normal doğumdan aşırı korkuyorum</b>		
Katılıyorum	142	52,8
Katılmıyorum	127	47,2
<b>İdrar kaçırma riski normal doğumda artar</b>		
Katılıyorum	156	58,0
Katılmıyorum	113	42,0
<b>Toplam</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>

### Kadınların Doğum Öyküleri ve Doğum Yöntemleri Hakkında Düşünceleri

Kadınların %64,3'ü gebelik döneminde doğum yapmaktan korktuğunu, %53,2'si gebelik döneminde VD yapmak istediğini, %32,3'ü daha önce CS ile doğum yaptığı için bu doğumunu CS ile yaptığını, %68,8'si CS ile doğum yapmaktan memnun olduğunu ve %43,9'u gebelik döneminde doğum yöntemleri hakkında bilgi aldığı belirtmiştir. Kadınların yaklaşık yarısı (%50,6) bir sonraki doğumu CS ile yapmak istemektedir (Tablo 2).

### Kadınların Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri

Kadınların büyük çoğunluğu VD'nin anne (%87,0) ve bebek (%75,1) için daha güvenli olduğunu, VD sonrası ağrının CS doğuma göre daha az olduğunu (%85,9), annelerin en kısa sürede ayağa kalktığını (%93,3), iyileşmenin daha erken olduğunu (%96,3) ve annelerin daha erken

emzirdiğini (%85,9) düşünmektedir. Kadınların yaklaşık yarısı (%52,8) VD'den aşırı korktuğunu ifade etmiştir (Tablo 3).

### Kadınların Sezaryen ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri

CS'nin anne ve bebek için güvenli olduğunu belirten kadınların oranı sırasıyla %27,1 ve %43,9'dur. Kadınların %47,2'si CS'nin modern bir yöntem olduğunu, %58,7'si CS ile doğum yapmanın daha kolay ve %40,5'i CS'nin daha az ağrılı bir doğum yöntemi olduğunu düşünmektedir.

Kadınların büyük çoğunluğu CS'nin bir ameliyat (%98,9) olduğunu, CS'nin diğer karın ameliyatları gibi aynı riskleri taşıdığını (%73,6), CS sonrası emzirme problemi yaşanabileceğini (%74,3), CS'nin hazne bütünlüğünü koruduğunu (%71,0) ve %38,7'si CS'nin doğum sonrası dönemde cinsel yaşamı daha az etkilediğini belirtmiştir.

**Tablo 4.** Kadınların sezaryen ve sezaryen sonrası normal doğum hakkında düşünceleri

İfadeler	n	%
<b>Sezaryen anne için güvenlidir</b>		
Katılıyorum	73	27,1
Katılmıyorum	179	72,9
<b>Sezaryen bebek için güvenlidir</b>		
Katılıyorum	118	43,9
Katılmıyorum	151	56,1
<b>Sezaryen doğum modern bir yöntemdir</b>		
Katılıyorum	127	47,2
Katılmıyorum	142	52,8
<b>Sezaryen doğum yapmak normal doğuma göre daha kolaydır</b>		
Katılıyorum	158	58,7
Katılmıyorum	111	41,3
<b>Sezaryenle doğum yapmak daha az ağırlı bir doğum yöntemidir</b>		
Katılıyorum	109	40,5
Katılmıyorum	160	59,5
<b>Sezaryen doğumla bebeğin doğum tarihini kontrol edebilirim</b>		
Katılıyorum	140	52,0
Katılmıyorum	129	48,0
<b>Sezaryen doğum yapan annelerde emzirme problemi yaşanabilir</b>		
Katılıyorum	200	74,3
Katılmıyorum	69	25,7
<b>Sezaryen doğum kadınların hazne bütünlüğünü korur</b>		
Katılıyorum	191	71,0
Katılmıyorum	78	29,0
<b>Sezaryen bir ameliyattır</b>		
Katılıyorum	266	98,9
Katılmıyorum	3	1,1
<b>Sezaryen diğer karın ameliyatları gibi aynı riskleri taşır</b>		
Katılıyorum	198	73,6
Katılmıyorum	71	26,4
<b>Sezaryenin olumsuz etkileri normal doğuma göre daha azdır</b>		
Katılıyorum	95	35,3
Katılmıyorum	174	64,7
<b>Normal doğumdan korkan bir kadına sezaryen önerilmelidir</b>		
Katılıyorum	149	55,4
Katılmıyorum	120	44,6
<b>Sezaryen doğum sonrası cinsel yaşamı daha az etkiler</b>		
Katılıyorum	104	38,7
Katılmıyorum	165	61,3
<b>Sezaryen isteği olan kadınlara sezaryen yapılmalıdır</b>		
Katılıyorum	175	65,1
Katılmıyorum	94	34,9
<b>Sezaryen ile doğum yapan bir kadın daha sonraki doğumlarını normal doğumla yapabilir</b>		
Katılıyorum	111	41,3
Katılmıyorum	158	58,7
<b>Toplam</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>

Kadınların %65,1'i CS isteği olan kadınların CS ile doğum yapması gerektiğini ifade etmiş, %55,4'ü VD'den korkan bir kadına CS önerilmesi gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların %41,3'ü CS ile doğum yapan bir kadının daha sonraki doğumunu VD ile yapabileceğine inanmaktadır (Tablo 4).

### Tartışma

Bu çalışmada CS ile doğum yapan kadınların doğum yöntemleri ve SSVD hakkında düşüncelerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada CS ile doğum yapan kadınların büyük çoğunluğu VD'nin anne ve bebek için güvenli olduğunu düşünmeleri sevindirici bir bulgudur. İzmir'de kadınların %54'ü (6), İstanbul'da %89,2'si VD'nin sağlıklı ve %67,9'u anne, %59,6'sı bebek için güvenli olduğunu düşünmektedir (7).



Fotoğraf: "Mutluluğun Resmi" Cüneyt Karabiber TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2001 Başarı Ödülü

Bu çalışmada kadınların büyük çoğunluğu VD sonrası ağrının CS doğuma göre daha az olduğunu, annelerin en kısa sürede ayağa kalktığını, iyileşmenin daha erken olduğunu ve annelerin daha erken emzirdiğini inanmaktadır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde; kadınlar VD'nin daha kolay, ağrısız, daha kısa sürdüğünü (15), VD'nin anne bebek sağlığı için yararlı olduğu (16), VD sonrası postpartum iyileşmenin daha çabuk olduğunu (7, 15, 16), erken emzirmeyi sağladığını (7), anne bebek arasında etkileşimi artırdığını (16), CS'ye göre daha az ağrı periyodu olduğunu (7, 15) kadının kendi bedeninde kontrol duygusu sağladığını düşünmektedir (16). Yapılan araştırma sonuçları ile bulgularımız benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğu (%71,0) CS'nin hazne bütünlüğünü koruduğunu, %38,7'si CS'nin doğum sonrası dönemde cinsel yaşamı daha az etkilediğini düşünmektedir. Avustralya'da bir çalışmada gebeler anal/ üriner inkontinans ve üçüncü dördüncü derece yırtıkları VD'nin olası komplikasyonları olarak belirtmişlerdir (17). İstanbul'da kadınların %67,1'i CS'nin vajinal yaralanmaya neden olmadığına inanmaktadır (7). Konuyla ilgili çalışmalar araştırma bulgularına paralel olarak CS tercih etme nedenleri arasında rektal travmadan korkma ve seksüel disfonksiyon yönünden endişe yaşamının etkili olduğunu belirtmektedir (18). Bilindiği gibi, bazı durumlarda CS hayat kurtarıcı bir operasyon olmasına karşın, anne ve bebeğe olumsuz riskleri olabilmektedir (12). Bu çalışmada kadınların %27,1'i CS'nin anne, %43,9'u bebek için güvenli olduğunu ifade etmiştir. Çalışma sonuçlarına benzer olarak, İzmir'de yapılan bir çalışmada CS'nin daha sağlıklı olduğunu düşünen kadın oranı düşük (%25) bulunmuştur (6). İstanbul'da yapılan bir çalışmada ise CS %59,4 bebek ve %38,7 anne için güvenli bulunmuştur (7). Yapılan bir diğer çalışmada ise CS sonrası kadınlar postoperatif iyileşmenin uzun, ağrılı ve infeksiyon açısından risk taşıdığı bununla birlikte operasyon sırasında anestezi, organ yaralanmaları, kanama gibi riskleri bulunduğunu ifade etmiştir (16).

Bu çalışmada kadınların %47,2'si CS'nin modern bir yöntem olduğunu, %58,7'si CS ile doğum yapmanın VD'ye göre daha kolay bir yöntem olduğunu ve %40,5'i CS'nin daha az

ağrılı bir doğum yöntemi olduğunu belirtmiştir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada kadınların %78,7'si CS'nin daha az ağrılı bir yöntem olduğunu düşünmekte ve %34,8'i CS'nin daha modern bir yöntem olduğunu ifade etmiştir (7). Bir çalışmada CS ile doğum yapan kadınlar CS doğumun VD'ye göre daha modern bir yöntem olduğunu, CS ile doğumun anne ve bebek için daha güvenli ve kolay olduğuna inanmaktadır (10). Avustralya'da kalitatif bir çalışmada önceden CS ile doğum yapan kadınların bazıları CS'nin kolay, hızlı ve güvenli bir yöntem olduğunu, doğum tarihinin bu yöntemle planlanabildiği, özellikle önceden acil CS'ye sahip kadınlarda kontrol duygusu yarattığını, doğum korkusu ve ağrıyı önlediğini, bebek için güvenli bir doğum yöntemi olduğunu, indüksiyon işlemini önlediğini, evde doğum ile baş etme zorluğunun olmadığını ve CS sonrası iyileşmenin kolay olduğunu belirtmişlerdir (8).

Bu çalışmada kadınların %64,3'ü VD'den korktuğunu belirtmiş, %55,4'ü VD'den korkan bir kadına CS önerilmesi gerektiğini ifade etmiştir. İzmir'de yapılan bir çalışmada CS seçen çiftlerin %45'i VD'den korktuğunu belirtmiştir (6). İstanbul'da yapılan bir çalışmada CS tercih eden kadınların %81,3'ü (7), İran'da kadınların büyük çoğunluğu (19) CS'yi doğum korkusu nedeniyle seçmiştir. Bu nedenle doğum sırasında anneleri desteklemek, doğum öncesi dönemde annelerin doğum korkusu ile baş edebilmeleri için gerekli programların düzenlenmesi son derece önemlidir.

Bu çalışmada kadınların yarısından azı (%43,9) doğum yöntemleri hakkında bilgi almıştır. İzmir ve İstanbul'da de yapılan çalışmalarda kadınların %20-65'inin doğum yöntemleri hakkında bilgi aldığı saptanmıştır (6, 7). Bir çalışmada kadınların doğum yöntemine karar vermede zorlandığı ve anksiyete yaşadığı; bu nedenle sağlık çalışanlarının özellikle doğum yöntemlerinin olası sağlık riskleri ve yararları konusunda daha kapsamlı ve spesifik bilgi vermesinin yararlı olacağı vurgulanmıştır (20).

Bu çalışmada kadınların %65,1'i CS isteği olan kadınların CS ile doğum yapabilmesini istemektedir. İzmir'de yapılan bir çalışmada kadınların %88'i kadının doğum yöntemini seçme hakkının yasal olarak verilmesi gerektiğine

inanmaktadır (6). The National Women's Health Policy kadının kendi bedeni üzerinde doğurganlık seçimlerinde ve yaşam biçiminde kontrol hakkı olduğunu vurgulamaktadır. Bilindiği üzere kadının istediği doğum yöntemini seçebilmesi ve isteğe bağlı CS dünyada ve ülkemizde en çok tartışılan konulardan biri olup, tekrarlayan CS'nin en önemli nedenlerinden biride VD'den korkmaktır. American College of Obstetricians and Gynaecologists "*eğer hekim CS ile doğumun kadın ve fetus sağlığını VD'a göre daha yararlı buluyorsa CS doğuma karar verebileceğini*" belirtmektedir. International Federation of Gynecology and Obstetrics rehberinde CS doğumun tıbbi nedenler dışında uygulanmasının etik olmadığını vurgulamıştır. İtalya'da yasalarda gebeliğin her döneminde ve doğum sırasında kadının doğum yöntemlerini seçme ve karar verme sürecine katılma hakkı olduğu, feminist yaklaşımda ise bir kadın doğum ve anestezi tipini seçme hakkına sahip olduğu yaklaşımı vurgulanmaktadır (12).

Bu çalışmada kadınların %41,3'ü CS ile doğum yapan bir kadının sonraki doğumlarını VD ile yapabileceğine inanmakta ve yaklaşık yarısı bir sonraki doğumunda VD denemek istemektedir. Çalışma bulgularına zıt olarak İstanbul'da özel bir hastanede yapılan bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%82,3) bir sonraki doğumunu CS ile yapmayı planladığı bulunmuştur (10). İzmir'de yapılan bir çalışmada CS yapan kadınların %64'ü bir sonraki doğumlarında VD seçeceklerini belirtmiştir (6). İran'da yapılan bir çalışmada, 20-30. gebelik haftasında olan gebelerin %31,7'si CS, %62,2'si VD seçeneğini, %6'sının kararsız olduğu bulunmuştur. Öyküsünde abortus, infertilite olan, kendi ve eşinin eğitim seviyesi yüksek olan, CS'nin komplikasyonları hakkında yeterli bilgisi olmayan, kadın ve eşinin CS doğuma olumlu yaklaşımı olanların CS doğumu daha fazla istediği bulunmuştur (21). Literatürde isteğe bağlı CS oranlarının azaltılmasında VD'nin teşvik edilmesinin anne bebek sağlığı açısından önemli olduğu belirtilmektedir (7).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada SSVD başarı oranının %55 olduğu belirtilmiş; servikal dilatasyon, efasman, gebelik sayısı, doğum sayısı ve önceden VD yapmanın SSVD'yi başarmada önemli etmenler olduğu belirtilmiştir (22). Yapılan

bir çalışmada SSVD ve isteğe bağlı CS kararında bu doğum yöntemlerinin risk ve yararları hakkında bilgi seviyesinin SSVD kararını vermede etkili olduğu bu nedenle de sağlık çalışanlarının önceden CS doğum yapan kadınlara doğum yöntemleri hakkında danışmanlık sunmasının SSVD'yi artırmada önemli olduğu vurgulanmıştır (23). SSVD açısından en çok endişe duyulan konular sağlık kurumlarının ve bu alanda yapılan araştırma ve rehberlerin yetersizliği, annelerin eğitim seviyesinin uygun olmaması ve fetal izlem araçlarının uygun olup olmamasıdır (24). Kadınların doğum yöntemleri hakkında düşüncelerini belirlemek, uygun olan SSVD denemek isteyen kadınlara sağlık çalışanı olarak destek ve danışmanlık vermek oldukça önemlidir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin SSVD hakkında düşünceleri ve klinikte bu konuya yaklaşımları da oldukça önemlidir. Birçok sağlık çalışanı SSVD risklerinden korkmakta ve klinikte uygun olan kadınların SSVD ile doğum yapmasında çekinceleri bulunmaktadır. Kadının doğum yöntemine karar vermesinde yan tutmadan yaklaşım, kadının duygularını ve hissettiklerini önemseme, doğum yöntemleri hakkında bilgi verme ve destekleyici yaklaşım oldukça önemlidir.

Nilsson ve ark (2015) Hollanda, Norveç ve İsveç'te SSVD yapan 22 kadınla yaptıkları nitel bir çalışmada klinisyenlerden bilgi alma, doğum sırasında ebe ve kadın doğum uzmanlarının sakin ve kendinden emin destekleyici bakım sunmaları, SSVD'nin yararlarını bilme gibi etmenlerin SSVD başarısında önemli olduğu bulunmuştur (25). Bir diğer çalışmada ise doğum yöntemleri hakkında kadın doğum uzmanı liderliğinde verilen prenatal eğitim ile SSVD oranının %38'e yükseldiği belirtilmiştir (26). SSVD için herhangi bir kontrendikasyonu bulunmayan önceden CS ile doğum yapan kadınlar CS ya da SSVD denemek için karar verme gereksinimi duymaktadırlar. Kadınlara doğum yöntemleri hakkında bilgi vermek kadınların kararlarına yardımcı ve destek olabilir.

Bu çalışmada CS ile doğum yapan kadınların çoğunluğunun normal doğum hakkında olumlu bir bakış açısı olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle prenatal bakım boyunca kadınların doğum yöntemleri hakkında bilgilerini artırma ile SSVD oranlarını yükseltebilir. Sağlık çalışanlarının kanıta

dayalı uygulamalar doğrultusunda doğum yöntemleri hakkında kadınlara bilgi ve danışmanlık vermeleri önemlidir.

#### Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmada, sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri ve SSVD hakkında görüşleri incelenmiştir. Normal doğum yapan kadınlar örneklem grubuna alınmamıştır. Bu çalışmada kadınların sosyo-demografik özellikleri ile doğum yöntemleri ve SSVD hakkında görüşleri arasındaki ilişki incelenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu nedenle bulgular bölümünde gösterilmemiştir.

Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda sağlık çalışanlarının SSVD oranını artıracak girişimlerin etkinliğini inceleyen daha geniş örneklem grubu ile araştırmalar yapılması önerilmektedir.

**İletişim:** Dr. Emre Yanikkerem

**E-posta:** emrenurse@hotmail.com

#### Kaynaklar

1. Yanikkerem E, Saruhan A. Sezaryen sonrası vajinal doğum: kanıta dayalı uygulamalar. HEMAR-G 2007; 9(2): 7-15.
2. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Perinatoloji Derg 2009; 17(3):104-12.
3. Sağlık İstatistikleri Yıllığı; 2014. [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2014.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf). Erişim Tarihi: 18.04.2016.
4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması; 2013. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf). Erişim Tarihi: 18.04.2016.
5. Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO\\_RHR\\_15.02\\_tur.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf). Erişim Tarihi:17.02.2017.
6. Atan ŞÜ, Duran ET, Kavlak O, Dönmez S, Sevil Ü. Spontaneous vaginal delivery or caesarean section? What do Turkish women think? Int J Nurs Pract 2013; 19: 1-7.
7. Yilmaz S D, Bal MD, Beji NK, Uludag S. Women's preferences of method of delivery and influencing factors. Iran Red Crescent Med J 2013; 15(8): 683.
8. McGrath P, Ray-Barruel G. The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective caesarean as a birth choice after a prior caesarean section. Int J Nurs Pract 2009 Aug; 15(4): 271-9.

9. Uçum EY, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5(13): 107-23.
10. Karakuş A, Şahin NH. The attitudes of women toward mode delivery after childbirth. *Int J Nurs Midwifery* 2011; 3(5): 60-5.
11. Gözükar F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: bir kez sezaryen hep sezaryen yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011; 89-100.
12. Chen MM, Hancock H. Women's knowledge of options for birth after caesarean section. *Women Birth* 2012 Sep; 25(3):e19-26.
13. Macones GA, Cahill AG, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, Sammel M, Peipert J. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1223-29.
14. Gunnervik C, Josefsson A, Sydsjö A, Sydsjö G. Attitudes towards mode of birth among Swedish midwives. *Midwifery* 2010; 26: 38-44.
15. Wu E, Kaimal AJ, Houston K, Yee LM, Nakagawa S, Kuppermann M. Strength of preference for vaginal birth as a predictor of delivery mode among women who attempt a vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2014 May; 210(5): 440.e1-6
16. Fenwick J, Gamble J, Hauck Y. Believing in birth--choosing VBAC: the childbirth expectations of a self-selected cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 2007 Aug; 16(8):1561-70.
17. Turner C E, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, Benness C, Phipps H. Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG* 2008; 115: 1494-1502.
18. Wax J, Cartin A, Pirett M, Blackstones D. Patient choice caesarean the Maine experience. *Birth* 2005; 32(3):6-203.
19. Ghotbi F, Akbari Sene A, Azargashb E, Shiva F, Mohtadi M, Zadehmodares S, Farzaneh F, Yasai FA. Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran, 2012. *J Obstet Gynaecol Res* 2014 May; 40(5): 1257-66.
20. Emmett CL, Shaw AR, Montgomery AA, Murphy DJ; DiAMOND study group. Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG* 2006 Dec; 113(12): 1438-45.
21. Maharlouei N, Rezaianzadeh A, Hesami E, Moradi F, Mazloomi E, Joulaei H, Khodayari M, Lankarani KB. The preference of Iranian women to have normal vaginal or cesarean deliveries. *J Res Med Sci* 2013 Nov; 18(11): 943-50.
22. Senturk MB, Cakmak Y, Atac H, Budak MS. Factors associated with successful vaginal birth after cesarean section and outcomes in rural area of Anatolia. *Int J Womens Health* 2015 Jul; 10(7): 693-7.
23. Scaffidi RM, Posmontier B, Bloch JR, Wittmann-Price R. The relationship between personal knowledge and decision self-efficacy in choosing trial of labor after cesarean. *J Midwifery Womens Health* 2014 May-Jun; 59(3): 246-53.
24. Wanyonyi SZ, Mukaindo AM, Stones W. Perspectives on the practice of vaginal birth after caesarean section in East Africa. *East Afr Med J* 2010; 87(8): 9-335.
25. Nilsson C, van Limbeek E, Vehvilainen-Julkunen K, Lundgren I. Vaginal birth after cesarean: views of women from countries with high VBAC rates. *Qual Health Res* 2017; 27(3) 325-40
26. Wong KW, Thomas JM, Andrews V. Are women's and obstetricians, views on mode of delivery following a previous cesarean section really OCEANS apart? *J Obstet Gynaecol India* 2014 Dec; 64(6): 400-2.



# Üniversite Öğrencilerinin Erken Yaş Evlilikler Hakkında Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi

Examination of Information and Opinions of College Students About Early age Marriages

Araştırma



Research

Dr. Oya Kavlak<sup>1</sup>, Dr. Şenay Ünsal Atan<sup>2</sup>, Öznur Yaşar<sup>3</sup>, Nilüfer Tok Yanık<sup>4</sup>

Geliş/Received : 01.12.2016  
Kabul/Accepted : 17.06.2017

## Özet

**Amaç:** Erken yaş evliliklerinin özelde kadın sağlığı genelinde de toplum sağlığı üzerine olumsuz etkileri vardır. Bu nedenle erken yaş evliliklerinin önlenmesinde sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Bu bağlamda geleceğin sağlık profesyonellerinin konuya yönelik bilgilerinin incelenmesi ve bu araştırma sayesinde biraz da olsa farkındalıklarının geliştirilmesi amacıyla; araştırma üniversite ebek ve hemşirelik öğrencilerinin erken yaş evlilikleri konusunda bilgileri ve erken yaş evliliklerin önlenmesine yönelik düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç-yöntem:** Araştırmanın evrenini 2014-2015 öğretim dönemi bahar yarıyılında eğitim gören 358 Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Ebek Bölümü üç ve dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket formunu eksiksiz olarak dolduran 199 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin erken yaş evliliklerine yönelik bilgileri incelendiğinde; %93,5'i 13-18 yaş grubunda yapılan evlilikleri erken yaş evlilik, %40,2'si erken yaş evliliklerin birinci sırada sebebinin düşük eğitim seviyesi olduğunu belirtmiştir. Evlilik kararı alınırken öğrencilerin %93,5'i kişinin kendi seçimi ve aile kararı ile olması gerektiğini belirtmiştir. Erken yaş evliliklerinde yaşanan sorunlar sorgulandığında öğrencilerin %80,4'ü, aile içi sorunlara %79,4'ü psikolojik sorunlara, %75,9'u sosyal sorunlara ve %50,8'i de sağlık sorunlarına neden olacağını belirtmişlerdir. Öğrencilerin yalnızca %31,7'si erken yaş evliliklerin önlenmesine yönelik ülkemizdeki projeleri duyduklarını belirtirken bu projelerin neler olduğu sorgulandığında %72,9'unun bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmanın sonucunda, ebek ve hemşirelik öğrencilerinin aldıkları eğitim sayesinde erken yaş evlilikleri ile ilgili teorik bilgilerinin yeterli olduğu belirlenmesine karşın konu ile ilgili çözüm önerileri geliştirme ve yürütülen projeler ile ilgili farkındalıklarının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda öğrencilerin erken yaş evliliklerin önlenmesinde kritik düşünme yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik müdahalelerin eğitim programlarına entegre edilmesi önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Adölesan dönem gebeliği, Evlilik yaşı, Öğrenciler

## Abstract

**Purpose:** Early age of marriage has negative effects in especially women's health on generally the community health so it is an important mission for health professionals in the prevention of early age marriages. In this context, the investigation and research of information on the topic of future health professionals, thanks to a little bit of awareness is intended to develop. The research has been designed as a descriptive with purpose of the knowledge of the midwifery and nursing students in university?? on early age marriages, and their thoughts towards prevention of this topic.

**Methods:** This study was carried out with third and fourth grade students (n=358) registered at Balıkesir Health Sciences Department of Nursing and Midwifery in the spring semester of the 2014-2015 academic years. The sample of research has been composed 199 students who fill out the questionnaire and accepting to participate in research.

**Results:** In the examination of students' knowledge about early age marriage; 93.5% of students was specified marriage made in 13-18 age groups, and the low education level of early marriage, 40.2% stated that affects first. Getting marriage decision stated that 93.5% of students should choose their own decision and their families. When questioned on problems in the early years of marriage; students was specified that the reason 80.4% of the domestic problems, 79.4% of the psychological problems, 75.9% of the social problems and 50.8% of the health problems. Students reported that they had only heard about the project in our country for the prevention of early marriage is 31.7%. When questioned as to what these projects; 72.9% of students have been determined not to be the information.

**Conclusion:** In conclusion, midwifery and nursing students through the education they receive is sufficient to determine the theoretical knowledge about early marriages, despite issues related solutions and suggestions for improvement have been identified as inadequate awareness of the projects carried out. In this respect, the interventions for students to develop critical thinking skills in the prevention of early marriage should be integrated into training programs.

**Key words:** Pregnancy adolescence, Marriage age, Students

1 Prof.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

2 Doç.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

3 Öğr.Gör.; Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Balıkesir

4 Öğr.Gör.; Akdeniz Ü. Hemşirelik Fak. Kadın Hast. Hemşireliği AD, Antalya

## Giriş

Erken yaşta evlilikler dünyanın her bölgesinde gözlenmekle birlikte özellikle az gelişmiş veya Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde çok daha yaygın ve yoğun olarak yaşanmaktadır. Uluslararası anlaşmalarla belirtilen standartlara göre küresel ölçekte kabul edilen görüşe göre, 18 yaş altını "çocuk" ve bu yaştan önce yapılan evlilikler de "erken evlilik" olarak değerlendirilmektedir (1-2). Genellikle, bu tür evlilikler, evlilik zamanı yada eşleri ile ilgili bilgi verilmeden ve çocukların izni alınmadan "erken" veya "zorla" yapılan evliliklerdir. Türkiye'de ebeveynlerin onayıyla en düşük yasal evlilik yaşı hem erkekler hem kadınlar için 17'dir ancak olağanüstü bir durum veya çok önemli bir neden olması koşulu ile hakim 16 yaşını doldurmuş bireylerin evlenmesine izin verebilir (3). Bugün dünyada 20-24 yaş arası 67 milyon genç kadın evlidir ve bunların üçte biri kendi isteği dışında evlendirilmiş 18 yaşın altındaki kadınlardır. Erken yaş evlilik oranları Nijer'de %75, Cezayir'de %2 olarak geniş bir yelpazede değişim göstermektedir (4). Türkiye'de 15-19 yaş grubu kadınlar arasında evli kadınların yıllara göre değişimini incelediğimizde; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998 (%15,2), TNSA 2003 (%11,9), TNSA 2008 (%9,6), TNSA 2013 (%7,1) olarak giderek azalma eğiliminde olduğu gözlenirse de halen 15-49 yaş grubu tüm kadınların %10,4 gibi büyük bir grubunu 15-19 yaş grubu evli kadınlar oluşturmaktadır (5) Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2012) yaptığı çalışmaya göre toplam evlilikler içinde 16-17 yaş arasında evlenen erkek çocuk oranı %0,3, kız çocuk oranı %6,7'dir (6). Türkiye'de Doğu Anadolu ve Orta Anadolu bölgeleri erken yaş evlilik oranlarının en yüksek olduğu bölgeler olarak geçmektedir (7). Henüz ruhsal gelişimini tamamlayamamış, çoğunlukla eğitimleri yarım kalmış, sosyal konumu belli olmayan ekonomik sıkıntılarla boğuşmak zorunda olan gençler erken evlilikler sonucunda gerçekleşen adölesan gebelikler nedeniyle çocuk yaşta anne-baba olmak zorunda kalmaktadır (8). Ülkemizde erken evliliklerin nedenlerine baktığımızda daha çok sosyo kültürel, ekonomik nedenler ve eğitim yetersizliği kaynaklı gibi görünse de temelde dünyadaki nedenler gibi geleneksel ve ataerkil toplum yapısından kaynaklı nedenlerle aynıdır (1)

Ataerkil yapının hakim olduğu toplumdaki değer ve inançlar arasında; kocaya itaatin ve yeni

yuvaya uyumun daha kolay sağlanması düşüncesi ile küçük yaşta evliliği olumlu görme ve normalleştirme, evlilikle ilgili söz hakkının aile büyüklerinde olması, karşılıklı gelin değiş tokuşunun yapılması, aileler arası bağları sağlamlaştırma isteği yer almaktadır (9). Gelenek görenek ve dini ritüellerin yanında diğer sosyokültürel etmenler ise, çevre baskıları, rol modelleri, aile içi cinsel saldırılar, evlilik dışı gebelikler, başına gelebilecek cinsel taciz ya da evlilik dışı ilişkiler gibi durumlardan korunacağına düşünülmesidir (10).

Erken yaş evliliklerin bir diğer nedeni olan yoksulluk, erken yaş evliliklerin ekonomik nedenlerin başında gelmektedir. Yoksul ailelerinin kız çocuklarını 18 yaşından önce evlendirme eğilimi yüksek gelirli aileye göre iki kat daha fazladır (11). Bazı ailelerde kız çocukları ekonomik bir yük olarak görülmekte ve aynı zamanda da başlık parası adı altında kendilerine biçilen değer karşılığında ailelerine kazanç sağlamaktadırlar (2). Ayrıca mirasın bölünmesinin önlenmesi arzusu ve ailenin malvarlığının korunması düşünceleri de bu başlık altında sayılabilir (1).

Türk toplumunda genel eğilim, erkeklerin belirli bir düzeyde öğrenim görüp, askerlik yaptıktan ve bir iş sahibi olduktan sonra evlenmeleri yönündedir. Bu ise, erkeklerin nispeten ileriki yaşlarda evlenmeleri sonucunu getirmesine karşın kız çocukları için böyle bir engel bulunmamaktadır (1).

Dolayısıyla özellikle kız çocuklarının erken yaş evlilikleri sonucunda eğitim yaşamları kesintiye uğramaktadır. Eğitim haklarından mahrum edilmiş olan çocuklar, üretime katılma yani bir meslek sahibi olma ve çalışma haklarından da yoksun bırakılmaktadır (1-12). Adölesan yaşta evlenen kızların, güvenli olmayan cinsel davranışları, gebelikten nasıl korunacakları konusunda bilgi yetersizliği ve önlerinde uzun bir üreme dönemi bulunması, kontrolsüz gebelik ve doğum yaşamlarına neden olmakta ve bunun olumsuz sonuçları görülmektedir (13). Dünyada her yıl 16 milyon genç kız 18 yaşın altında doğum yapmaktadır ve bunların %90'ı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (12). Türkiye 'de adölesan gebelik oranlarının 2008 yılından beri giderek düşme eğiliminde olduğu gözlenmektedir. Adölesan gebelik oranı 2008 yılında yüzde

altıyken, günümüzde yüzde beşe gerilemiştir. TNSA (2013) verilerine göre 15-19 yaş grubundaki adölesan kadınların %5'i çocuk doğurmaya başlamıştır bunların %3'ünün bir canlı doğumu varken, %1 halen gebedir (5). Genç yaşta anne olan kadınlar, ciddi üreme sağlığı sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Küresel ölçekte 15-19 yaş grubu kadınlarda görülen ikinci en sık ölüm nedeni gebelik ve doğum komplikasyonlarıdır. Dolayısıyla adölesan annelerden doğan bebeklerde de ölme riski daha yüksektir. Her yıl 15-19 yaş grubunda üç milyon kadın güvensiz tehlikeli düşük yaşamaktadır (12). Baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış doğum eylemi, zor doğum, erken membran rüptürü, intrauterin büyüme geriliği, gebeliğe bağlı hipertansiyon, preeklampsi, anemi, fistüller ve derin yırtıklar, postpartum kanama ve enfeksiyon gibi durumlar, adölesan gebeliklerde sık görülen komplikasyonlar arasında yer almaktadır (14). Genç dönemdeki, erken cinsel aktivite, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskinin artması, istenmeyen gebelikler, cinsel sömürü ve taciz gibi sorunlar gençlerin üreme sağlığı konusundaki bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu sorunların çözümünü sağlayacak ve halen karşılanmamış ihtiyaçlar ise; bilgilendirme, hizmet sunumu ve gençlerin katılımıdır (15).

Toplumumuzda kız çocukların erken evlendirilmesi olgusunun önlenmesinde, toplum, aile, gençler, kız çocuklarını bilinçlendirme çalışmaları önem taşımaktadır. Erken yaşta evlilikler insan haklarının kullanılmasını engelleyen, kadının statüsünü düşüren ve çocukların başta eğitim olmak üzere temel haklarını ellerinden alan bir sorundur. Bu evlilikler toplumsal cinsiyet eşitliğini hedefleyen Türkiye'de mutlaka mücadele edilmesi gereken bir alandır. Bu konuda sektörler arası işbirliği gerekmektedir, kamu, özel sektör, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler, toplum liderleri, eşgüdüm içinde çalışmalıdır. Bunu sağlamak için yaygın eğitim programlarının düzenlenmesi, üniversite öğrencileri ve tüm toplumu erken yaş evlilikler ve olumsuz sonuçlarıyla ilgili farkındalık artıran projeler gerçekleştirilmelidir (1-14).

Sağlık profesyonellerinden ebe ve hemşirelerin görevleri arasında kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi yer almaktadır. Bu nedenle ebe ve hemşireler, bakım verdikleri kadını sosyal çevresi,

kültürü ve değerleriyle bir bütün olarak değerlendirmelidir. Ancak bu sayede nitelikli ve yeterli bakım hizmeti sunabileceklerdir. Çocuk yaşta evlenen kadın, üreme sağlığı sorunlarıyla çok daha erken yaşta tanışmaktadır. Çocuk yaşta evliliklerin kadın sağlığına getireceği tüm riskleri engellemenin öncelikli yolu, bu tür evlilikleri önlemekle mümkündür. Ebe ve hemşireler bu evlilikleri önlemede aktif rol alabilecek konumdadırlar. Toplumla iç içe konumlanan ve halka danışman, yol gösterici görev üstlenen hemşireler, bu konuda da ailelerinde öncü konumda olabilirler. Özellikle bazı yörelerimizde halen mevcut olan kız çocuklarını erken yaşta evlendirme geleneği ile mücadelede, toplumu ve aileleri bilinçlendirmek, kızlarının karşılaşabilecekleri riskleri anlatmak ve yol gösterici olmak etkili bir yöntem olabilmektedir. Ayrıca çocuk yaşta evlilik yapan kadınların, sağlık hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması, erken yaş gebeliklerin önlenmesinde aile planlaması danışmanlığı ve hizmetlerinin verilmesi önemlidir ve ebe/hemşireler bu hizmetleri verebilecek konumda ve yetkinliktedirler (14). Bu çalışma geleceğin sağlık personeli adayları olan öğrenci ebe ve hemşirelerin erken yaşta evlilikler konusunda bilgi ve görüşlerinin incelenmesi ve bu konuda bilinçlendirilmesini sağlamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### **Gereç Yöntem**

Araştırma, tanımlayıcı tipte araştırmadır. Araştırmanın evrenini 2014-2015 öğretim dönemi bahar yarıyılında eğitim gören, Ebelik Bölümü; üçüncü sınıf 74, dördüncü sınıf 82 ve Hemşirelik Bölümü; üçüncü sınıf 104, dördüncü sınıf 98 öğrenci olmak üzere toplam 358 öğrenci oluşturmuştur. Hemşirelik bölümü ders programı incelendiğinde erken yaş evlilikler ve sonuçlarının kadın sağlığı hastalıkları ve doğum hemşireliği dersinde işlendiği bilinmektedir. Benzer olarak ebeklik bölümü ders programında da doğum ve jinekoloji dersleri üçüncü sınıf dersleri arasında yer almaktadır. Özellikle kadın sağlığı hastalıkları ve doğum dersi alan öğrencilerin erken yaş evlilikler hakkında farkındalıklarının daha yüksek olduğu ve bu konuda hemşirelik ve ebeklik bölümü öğrencilerini daha doğru temsil edeceği düşünüldüğünden üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri araştırmanın evreni olarak belirlenmiştir. Araştırmada örneklem seçim

teknğine gidilmemiştir. Öğrencilerden araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 199 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış sosyo demografik bilgileri içeren 16 ve erken yaş evlilikler konusundaki bilgi ve görüşleri içeren 21 olmak üzere toplam 37 sorudan oluşan veri toplama formu kullanılarak öz-bildirim yolu ile toplanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulundan, Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulundan resmi izin alınmıştır. Ayrıca öğrencilere veri toplama öncesi, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, harçayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 17.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan ortalama, standart sapma ve yüzdeler değeri kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; yaş ortalamasının  $21,74 \pm 1,47$  olduğu, %60,3'ünün hemşirelik bölümünde, %39,7'sinin ebelik bölümünde, %58,8'inin üçüncü sınıfta, %42,2'sinin dördüncü sınıfta eğitim gördüğü, %88,4'ünün kız, %11,6'sının erkek, %45,2'sinin düz lise mezunu olduğu ve %86,9'unun da herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %31,2'sinin baba mesleği işçi, %85,9'unun anne mesleği ise ev hanımıdır.

Öğrencilerin ailelerinin yaşadığı yer incelendiğinde; %48,7'sinin ilde ve %57,3'ünün Marmara bölgesinde yaşadığı saptanmıştır. Öğrencilerin şu anda yaşadığı yer incelendiğinde; %35,7'sinin yurttan, %30,7'sinin ev arkadaşlarıyla ve %29,6'sının ise ailesiyle yaşadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin %93,5'i erken yaş evliliğinde yaş grubunu 13-18 yaş arası olarak belirtirken, %6,5'i 13 yaşından küçük olan evlilikler cevabını vermiştir. İdeal evlilik yaşı sorgulandığında

%58,8'i 26-30 yaş arası, %41,2'si ise 20-25 yaş arası olarak belirtmiştir. Öğrencilerin tamamı erken yaş evliliklerin kızlarda daha çok olduğunu ifade etmiştir.

Erken yaş evliliklerin sebepleri sorgulandığında öğrencilerin; %40,2'si birinci sırada düşük eğitim seviyesi, ikinci sırada %23,6 aile baskısı ve üçüncü sırada da %11,1 düşük sosyo-ekonomik düzeyin sebep olduğunu belirtilmiştir (Tablo 1). Evlilik kararının nasıl alınması gerektiği

**Tablo 1.** Öğrencilerin erken yaş evlilik sebeplerine verdikleri yanıtların dağılımı

Sebepler	n	%
Düşük eğitim düzeyi	80	40.2
Aile baskısı	47	23.6
Düşük sosyo-ekonomik düzey	22	11.1
Geleneklerin yanlış yorumlanması	19	9.5
Irza geçme	17	8.6
Kaçırılma	7	3.5
Savaş-afet	4	2.0
Dini nikâh	3	1.5
Toplam	199	100.0

sorgulandığında öğrencilerin; %93,5'i kişinin kendisinin ve ailesinin birlikte karar vermesi gerektiğini belirtirken, yalnızca %4,5'i aile karşı çıksa da kendi kararı olmasını ve %2'si de öncelikle aile kararı ardından kendi kararı olması gerektiğini belirtmiştir.

Öğrencilere erken yaşta yapılan evliliklerdeki nikâh durumunun ne olduğu sorulduğunda; %58,8 yalnız dini nikâh, %36,2'si hem resmi hem dini nikâh, %3,5'i nikahsız olabileceğini, %1,5'i yalnız resmi nikah olabileceğini belirtmiştir.

Erken yaşta yapılan evlilikler sonucunda yaşanan sorunlar sorgulandığında; %75,9'u sosyal sorunlar yaşandığını bu sorunların %37,1'i sosyal izolasyon, %18,5'i eşe bağımlı olma, öğrencilerin %79,4'ü psikolojik sorunlar yaşandığını bu sorunların %62,7'si bunalım, %13,3'ü içe kapanma olduğunu, %80,4'ü aile içi sorunlar yaşandığını bu sorunların %46,9'u aile içi şiddet, %45,6'sı ailede geçimsizlik yanıtını vermiştir. Erken yaş evlilik sonucu %50,8'i sağlık sorunları yaşandığını bu sorunları %31,7'si kadın hastalıkları, %21,8'i psikolojik hastalıklar ve %20,8'i cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar olarak belirtmişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Öğrencilerin erken yaş evlilik sonucunda oluşabilecek sorunlara verdikleri yanıtların dağılımı

Sosyal Sorunlar	n*	%
Sosyal izolasyon	56	37.1
Eşe bağımlı olma	28	18.5
Uyum güçlüğü	26	17.2
Fazla sorumluluk alma	18	11.9
Yeterli eğitim alamama	12	7.9
Diğer (iyi aile olamama, ezilme, iş hayatının olmaması)	11	7.4
Toplam	151	100.0
Psikolojik Sorunlar	n*	%
Bunalım	99	62.7
İçe kapanma	21	13.3
Kendini ne kadın ne çocuk hissetme	15	9.5
Diğer (intihar, çaresizlik, yalnızlık, eşini sevmeme, pişmanlık, mutsuzluk)	23	14.5
Toplam	158	100.0
Aile içi Sorunlar	n*	%
Aile içi şiddet (fiziksel, cinsel)	75	46.9
Ailede geçimsizlik	73	45.6
Diğer(baskı, aşırı sorumluluk)	12	7.5
Toplam	160	100.0
Sağlık Sorunları	n	%
Kadın Hastalıkları	32	31.7
Psikolojik Hastalıklar	22	21.8
CYBH	21	20.8
Kanser	15	14.9
Diğer (idrar yolları enfeksiyonu, hormonal bozukluklar, aşırı doğurganlık)	11	10.8
Toplam	101	100.0

\*n= soruya evet yanıtını verenler

Erken yaş evlilikler sonucu oluşan gebeliklerde ne tür sorunların yaşandığı sorgulandığında öğrencilerin; %27,2'si düşük, %10,1'ipreeklampsi, baş-pelvis uyuşmazlığı gibi diğer gebelik sorunları, %9,6'sı düşük doğum ağırlıklı bebek, %7,2'si prematürite, %6,4'ü anne bebek ölümü, %6,4'ü ebeveynlik sorumluluğunu

alamama olduğunu belirtirken %14,8'i fikri olmadığını belirtmiştir (Tablo 3).

Erken yaş evliliklerinin önlenmesinde ülkemizde yürütülen toplumsal farkındalık projeleri sorgulandığında öğrencilerin yalnızca %31,7'si bu tür projelerin olduğunu belirtmiştir. Toplumsal

**Tablo 3.** Öğrencilerin erken yaş evlilik sonucunda oluşabilecek gebelik sorunlarına verdikleri yanıtların dağılımı

Gebelik sorunları	n	%
Düşük	68	27.2
Gebelikle ilgili diğer sorunlar (preeklampsi, baş-pelvis uyuşmazlığı, sık gebelik, anemi)	20	10.1
Düşük doğum ağırlıklı bebek	24	9.6
Prematürite	18	7.2
Anne bebek ölümü	16	6.4
Ebeveynlik sorumluluğunu alamama	16	6.4
Fikri yok	37	14.8
Toplam	199	100.0

farkındalık projelerinin neler olduğu sorgulandığında öğrencilerin %72,9 gibi büyük çoğunluğu fikri olmadığını belirtirken yalnızca %6,5'i bu konuda kamu spotlarının olduğunu, %9'u da baba "beni okula gönder" adlı projeyi bildiklerini ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin erken yaş evlilikleri önlemek için önerileri sorgulandığında %50,8'i toplumun eğitim düzeyinin artırılması gerektiğini, %10,1'i kızların eğitim düzeyinin artırılması gerektiğini, %9'u bu konunun yasayla engellenmesi gerektiğini belirtirken %24,1'i fikri olmadığını belirtmiştir.

Erken yaş evlilikler ile ilgili sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumlulukları sorgulandığında %61,8'i toplumun bilinçlendirilmesi, %2,5'i erken yaş evliliklerin gerekli makamlara bildirilmesi, %2,5'i adölesan gebelikleri önlemek için aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması, %1'i nikâhsız ailelere çocukların verilmemesi, %1'i kızlara psikolojik destek verilmesi yönüyle sağlık çalışanlarına sorumluluklar düştüğünü belirtmiştir, %31,2'si ise fikrim yok cevabını vermiştir.

### **Tartışma**

Değişen yaşam koşullarına rağmen aile kurumu birey ve toplum için önemini korumaya devam etmektedir. Medeni kanununun 124. maddesinde belirtildiği gibi ülkemizde evlenme yaşı 17'dir. Bu yasal düzenlemeye rağmen ülkemizde 17 yaşından küçük yaşlarda da evlilikler yapılmaktadır (16). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2013 verilerine göre kadınlar için ilk evlenme yaşı 23,6, erkekler için 26,8 olarak belirtilmiştir (6). TNSA 2013 verilerinde ise bu oranın 21 yaş olarak belirtilmesiyle evlilik yaşının değişmediği görülmüş, aynı çalışmada 15-19 yaş grubunun %7'sinin evli olduğu tespit edilmiştir (5). Bu çalışmada öğrencilerin %58,8'i 26-30 yaş arasını, %41,2'si ise 20-25 yaş arasını ideal evlilik yaşı olarak belirtmiştir. Pınar'ın (2008) üniversite öğrencilerinin evliliğe bakış açısını incelediği çalışmada, araştırmaya katılanlar en uygun evlilik yaşının 25-29 yaşlar arasında olduğunu belirtmiştir (17). Bu yönüyle Pınar'ın (2008) çalışması bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Orcan ve ark.(2008) Bismil'de yaptıkları çalışmada ideal evlenme yaşı sorgulandığında %91,5'i 19 yaş ve üstü olduğunu belirtirken yalnızca %17,1'i evlilik

yaşının en az 25 yaş ve üzeri olması gerektiğini belirtmiştir (18). Çalışmalar arasındaki farkın bölgeler arası farklılıktan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Yine TUIK 2013 verilerine göre kadınların %48,8'i evlilik kararını eşleriyle beraber aldıklarını belirtirken, %39,6'sı kadının kararı ve ailenin onayı ile evlilik kararı aldığını belirtilmiştir (6). Pınar'ın (2008) çalışmasında katılımcılar %82,9'u evlilik kararı alırken kendisi karar verdikten sonra aile onayı alacağını belirtmiş, Orcan ve ark. (2008) çalışmasında evlilik kararını evlenecek kişi ve ailesi tarafından alınması gerektiğini belirtmişlerdir (17,18). Bu çalışmada katılımcıların %93,5'i evlilik kararının kişinin kendi seçimi ve aile onayı ile birlikte olması gerektiğini belirtmiştir.

Erken yaş evliliklerin nedenleri incelendiğinde düşük sosyo- ekonomik durum, eğitim seviyesinin düşüklüğü, toplumsal nedenler, ebeveynlerin kaybı başlıca nedenler arasında yer almaktadır (14). Güler ve ark. (2010) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre düşük eğitim seviyesi, düşük gelire sahip olma, kırsal kesimde yaşama erken yaş evliliklerde daha sık rastlanan bir durum olarak belirtilmiştir (19). Demirbağ ve ark. (2013) çalışmasında adölesan kadınların evlilikleri ve gebeliklerinin incelediği çalışmada adölesan kadınlar arasında üniversite mezunu bulunmamaktadır.20Bu çalışmada da erken yaş evlilik sebepleri sorgulandığında katılımcıların %40,2'si düşük eğitim seviyesinin ilk sırada olduğunu belirtmiştir.

Erken yaş evliliklerin sonucunda bu yaş grubundaki bireylerin, gerekli toplumsal rollere uyum sağlayamadıkları ve toplumsal gelişimlerini tamamlayamadıkları kabul edilmektedir. Dolayısıyla bu yaş aralığında evlenen çocuklarda, evlilik sonrasında, arkadaşlarından kopma, özgüven eksikliği, toplumsal faaliyetlere katılmadan uzaklaşma gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (9,1,21). Bu çalışmada da öğrencilerin %75,9'u erken yaş evliliklerin sosyal sorunlara özellikle de sosyal izolasyona yol açacağını belirtmişlerdir.

Kız çocukları kendilerini koruyamayacak yaşta evlendirildikleri için, eşleri tarafından fiziksel, duygusal, sözel ve hatta cinsel şiddete maruz kalabilmektedirler. Bu evliliklerde aile içi şiddet,

geçimsizlik ve bunun sonucunda boşanmalar ve hatta intiharlar görülmektedir (9,1,21). Bu çalışmada da öğrencilerin %80.4'ü aile içi sorunlar yaşanacağını belirtmişlerdir.

Erken yaş evlilik sonucunda kadınlarda sağlık sorunları yaşandığı ve özellikle de üreme sağlığı sorunlarından HIV/AIDS de dâhil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma olasılıklarının arttığı belirtilmektedir (9,1,21). Bu çalışmada da öğrenciler benzer görüşte olduklarını bildirmişlerdir.

Erken yaşta evlenme beraberinde erken yaşta çocuk doğurmayı da getirmektedir ve oluşan gebelikler sonucu preeklampsi, kansızlık, kanamalar, kendiliğinden düşüklükler, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin görülmesi diğer yaşlara göre daha sık görülmektedir (14,22). Bu çalışmada erken yaş evliliklerin gebelik sonuçlarının neler olabileceği sorgulandığında düşük yaşanacağı, düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya geleceği ve prematürite olabileceği verilen cevaplar arasında yer almaktadır. Erken yaş evliliklerin gebeliğe olan olumsuz etkileri dışında kadın sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Özellikle kadınların anatomik ve fizyolojik özelliklerinden dolayı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma olasılığı artmakta, kanser gelişimine zemin hazırlamaktadır (22). Yapılan bu çalışmada ebeklik ve hemşirelik öğrencilerinin verdiği cevaplar literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Erken yaşta evliliklerin önlenmesinde ailelerin çocuk hakları konusunda bilgilendirilmesi, kız çocuklarının öğretimde tutulmasının zorunlu hale getirilmesi, ailelerin sosyo-ekonomik yapısının güçlendirilmesi, yasalarla erken evliliklerin önüne geçilmesi, erken yaş evliliklerin tespitinde sağlık çalışanlarının bilgili olması ve dile getirebilmesi ve erken yaş evlilikler sonucu oluşan gebeliklerin olduğu durumlarda riskli gebelikler açısından sağlık izlenmelerinin yapılması gerekmektedir (23). Bu çalışmada katılımcılara erken yaşta evlilikleri önlemek için sağlık çalışanlarının sorumlulukları sorgulandığında toplumun bilinçlendirilmesi konusunda sorumlulukları olduğu en yüksek oranda bildirilmiştir. Katılımcıların az bir kısmı erken yaş evliliklerle karşılaştığında ilgili yerlere bildirilmesi gerektiği ve adolesan gebeliklerin oluşmaması için aile

planlaması hizmetlerinin verilmesi gerektiği ve kızlara psikolojik destek verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların önerdiği çözüm yöntemleri az oranda da olsa literatürü destekler niteliktedir.

Erken yaşta evliliklerin önlenmesine yönelik çözüm önerileri kapsamında; kamunun faaliyet gösterdiği alanların genişletilmesi ve bilinçlendirilmesi için halka ulaşılabilirliğin artırılması ve sektörler arası işbirliğinin oluşturulması ve güçlendirilmesinin gerekliliği belirtilmekte ve bu alanda ülkemizde çeşitli projeler geliştirilmektedir (23). Öğrencilerin bu projelere yönelik bilgileri sorgulandığında dörtte üçü bu konu ile ilgili fikirlerinin olmadığını belirtmiştir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Erken yaşta evlilikler ve buna bağlı yaşanan kadın sağlığı sorunları Dünya'da ve ülkemizde kadın sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu çalışmada üniversite ebeklik ve hemşirelik öğrencilerinin erken yaş evliliklerin nedenleri ve olumsuz etkileri hakkında çoğunun teorik olarak yeterli bilgiye sahip olmasına karşın erken yaş evlilikleri önlemeye yönelik çözüm önerileri geliştirebilme konusunda yetersiz oldukları sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda erken yaş evlilikleri önlemek için yürütülen projeler sorgulandığında öğrencilerin dörtte üçünün bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Oysa ki ebe ve hemşirelerin çalışma ortamında erken yaş evliliklerle karşılaşma olasılığı oldukça yüksektir ve doğum anından başlayarak tüm yaşam dönemleri içerisinde ebe ve hemşireler kadınlarla birliktedir. Ebe ve hemşireler erken yaş evliliklerin tespit edilmesi, yanlış geleneksel uygulamalar konusunda toplumun bilinçlendirilmesi ve toplumun erken yaş evliliklerin sonuçları konusunda bilgilendirilmesi, erken yaş evlilik oluştuğunda ise adolesanların gebe kalmasının geciktirilmesi için uygun aile planlaması yöntemi seçimi konusunda danışmanlık yapılması, gebelik oluştuğunda ise yaşına uygun özel sağlık hizmeti alması konusunda sorumlulukları vardır. Bu bağlamda ebeklik ve hemşirelik mesleğinin geleceği olan öğrencilerin erken yaş evliliklerin önlenmesine yönelik kritik düşünme becerilerinin geliştirilmesi ve ders içeriklerinde bu konu ile ilgili güncel bilgi ve projelerin yer almasının gerektiği düşünülmektedir.

**İletişim:** Öznur Yaşar

**E-posta:** yasar.oznur@hotmail.com

#### Kaynaklar

1. Can M, Öncül S, Deşdemir A. Erken yaşta evlilikler hakkında inceleme yapılmasına dair TBMM raporu, TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 2012 [İnternet] [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon\\_rapor.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor.pdf) Erişim tarihi: 22.10.2015
2. Elitok Ö, Çabuk G ve ark. (2014) Bilgilen Güçlen Proje Raporu Erken Evlilik Sorunu, Antalya Aile Danışmanları Derneği, Antalya [İnternet] <http://www.manevisosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2014/12/erken-yasta-evlenmek.pdf> Erişim tarihi: 22.10.2015
3. Türk Medeni Kanunu, Madde 124, Yayımlandığı R.Gazete Tarihi : 8/12/2001 Sayı : 24607, Tertip:5 Cilt, 41 [İnternet] <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf> Erişim tarihi: 22.10.2015
4. United Nations Population Fund (UNFPA). Marrying Too Young End Child Marriage, Newyork, USA. 2012
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014 "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
6. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni, İstatistiklerle Kadın, 2014 Sayı: 18619, 05 Mart 2015 [İnternet] <http://www.tuik.gov.tr/> Erişim tarihi:16.06.2015
7. Kaptanoğlu Y İ, Ergöçmen B. "Çocuk Gelin Olmaya Giden Yol". Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 2012;15(2): 129-161
8. Şen S, Kavlak O. Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. Aile ve Toplum 2011; 7( 25) :35-44
9. Aydemir E, Karal D, Güçer M, Keser E.M. "Evlilik mi Evcilik mi? Erken ve Zorla Evlilikler: Çocuk Gelinler!". (2011) Ankara: USAK Raporları No: 11-08.
10. Sungurtekin Ö M. Erken Yaşta Evliliklerin Önlenmesi Konusunda Yargının Üstlenebileceği Rol. Yaşar Üniversitesi Elektronik Dergisi. 2013; 8 (Özel Sayı): 2177- 2190.
11. International CentreforResearch of Women (ICRM), Child MarriageFactsandFigures [İnternet] <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures> Erişim tarihi: 22.10. 2015
12. World HealthOrganization. Adolescents: HealthRisksAnd Solutions. 2014 [İnternet] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/> Erişim Tarihi 08.06.2015
13. Eroğlu K. Kadın ve üreme sağlığına genel bakış. İçinde: Coşkun AM, editör. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. Baskı İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2012. s.25-29.
14. Yakıt E, Coşkun A M. Toplumsal Açından Çocuk Yaşta Evlilikler Gerçeği:Hemşire ve Ebenin Sorumluluğu . Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014; 11(3):3-10.
15. Arı S, Öngel K, Kışoğlu A N. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi asistanları ve son sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı hakkındaki bilgilerinin incelenmesi. Smyrna Tıp Dergisi 2012; 7-11.
- 16.Çoban A İ. Adölesan Evlilikleri. Aile ve Toplum 2009; 4(16):37-49.
- 17.Pınar G. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Evliliğe Bakış Açısı. Aile ve Toplum 2008;10(4):14, 49- 60.
- 18.Orçan M, Kar M. Türkiye'de Erken Yaşta Yapılan Evlilikler ve Risk Algısı: Bismil Örneği1. Aile ve Toplum 2008; 4(14): 97-111.
- 19.Güler Ö, Küçük H. Early Marriages Among Adolescent Girls in Afyonkarahisar, Turkey. EuropeanJournal of General Medicine 2010; 7(4):365-371.
20. Demirbağ B C, Kürtüncü M, Erkaya R, Çiçek Z. Adölesan Evlilik Ve Gebelik: Doğu Karadeniz Örneği. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 4 (3):128-131.
- 21.Mihçioğur S, Erbaş F, Akın A. Çocuk Gelinler ve Beklenen Olumsuz Sonuçları. Sağlık ve Toplum Dergisi 2010; 20(1):3-12.
- 22.Özcebe H, Biçer BK. Önemli bir kız çocuk ve kadın sorunu: Çocuk evlilikler. Türk Pediatri Arşivi 2013; 86-93.
- 23.KADEM (Kadın ve Demokrasi Derneği). Erken Yaşta Evliliklere Karşı Mücadele Çalıştayı. 2014 [İnternet] <http://kadem.org.tr/erken-yasta-evliliklere-karsi-mucadele/> Erişim tarihi: 1.05.2016.



# TTB Yüksek Onur Kurulu 2008-2010 ve 2010-2012 Dönemi Kararları Üzerinden Değerlendirme

*An Evaluation through 2008-2010 and 2010-2012 Resolutions*

*Adopted by Turkish Medical Association (TMA) High Disciplinary Board*

Araştırma



Research

Dr. Orhan Odabaşı<sup>1,2</sup>

Geliş/Received : 02.04.2012  
Kabul/Accepted : 19.03.2018

## Giriş

Türk Tabipleri Birliği yasaı tabip odaları onur kurulları ve TTB Yüksek Onur Kurulu'na hekimlik uygulamaları disiplin süreçlerini yürütme görevi vermiştir.

## Yöntem

Çalışmamızda TTB Yüksek Onur Kurulu 2008-2010, 2010-2012 dönemi kararları incelendi. Olay gerçekleşme sürecinden tabip odası onur kurulu ve TTB – YOK kararı aşamasına geçen süre, alınan kararlar değerlendirildi.

## Bulgular

TTB Yüksek Onur Kurulu'nda 2008-2010, 2010-2012 döneminde 721 karar alındı. Meslekten men cezası alan hekimlerin sayısı 235'dir.

## Tartışma

Olayın gerçekleştiği tarihten 24 ay sonra 2008-2010 döneminde %39,0, 2010-2012 döneminde %30,6 onur kurullarının karar aldığı izlendi. TTB Yüksek Onur Kurulu, gelen dosyaların geliş tarihine göre ilk 6 ayda 2008 döneminde %87,8, 2010 döneminde ise %59,5, oranında karar verdiği saptandı.

## Sonuç

Hekimlere verilen meslekten men cezası sayısı 235'dir. Tutarlı ve bilimsel kararlar verebilmek için alan uzmanlarından bilirkişi görüşü alma ve değerlendirme konusunda başta tıp uzmanlık derneklerine görev düşmektedir.

Hekimlik uygulamaları disiplin süreçlerinde yapılması gereken mağduriyetlerin hızla giderilmesidir. Sistem analizi yapmaksızın tek sorumlunun hekim olarak gösterilmesi sorunun çözümüne katkı sunmayacaktır.

Dosyalardaki usül eksikliklerinin ve gerekli belgelerin dosyada olmamasını gidermede "soruşturmacı" eğitimleri katkı sunacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Malpraktis, Disiplin Süreçleri, Onur Kurulları, Yüksek Onur Kurulu

## Abstract

**Introduction:** The disciplinary boards of the medical chambers and TMA High Disciplinary Board have been appointed under The Turkish Medical Association Law to carry out disciplinary procedures for medical practices.

**Method:** In this study, 2008-2010, 2010-2012 resolutions of TMA High Disciplinary Board were examined. The time elapsed from the occurrence of the case to the adoption of the resolutions by the medical chamber disciplinary boards and TMA High Disciplinary Board and the resolutions that have been taken were evaluated.

**Findings:** 721 resolutions were adopted by TMA High Disciplinary Board during 2008-2010 and 2010-2012 periods. The number of the physicians banned from practising medicine was 235.

**Discussion:** It was seen that the percentages of the resolutions taken by disciplinary boards after 24 months from the date of occurrence of the case were 39,0 and 30,6 in 2008-2010 and 2010-2012 periods, respectively. It was determined that the proportion of the resolutions adopted by TMA High Disciplinary Board within the first 6 months from the date of submission was 87,8% in 2008 and 59,5% in 2010 periods.

**Conclusion:** The number of the penalties imposed on the physicians which banned them from practising medicine was 235. It is particularly medical specialty societies' duty to receive and evaluate expert opinions from the specialists in related fields, in order to be able to make consistent and scientific decisions. Unjust treatments should be eliminated rapidly through disciplinary procedures for medical practices. Holding the physician the only responsible without conducting a system analysis would not contribute to the solution of the problem. "Investigator" training programs would contribute to resolve procedural deficiencies and lack of required documents in the files.

**Key words:** Malpractice, Disciplinary procedures, Disciplinary boards, High Disciplinary Board

1 Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara,

2 Türk Tabipleri Birliği 2008-2010, 2010-2012, 2012-2014 Dönemleri Yüksek Onur Kurulu Üyesi

## Giriş

Türk Tabipleri Birliği (TTB), tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak amacıyla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde mesleki bir kuruluştur (1).

TTB Disiplin Yönetmeliği, Yüksek Onur Kurulu (YOK) Görevlerini 24. maddede "*Oda Onur Kurulu kararlarına karşı yapılan itirazlar ile itiraz edilmese dahi onur kurulları tarafından verilen meslekten alıkoyma cezalarını inceler ve onur kurulu kararları hakkında karar verir.*" biçiminde tanımlamaktadır (2).

Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu (TTB - YOK) Türk Tabipleri Birliği 6023 sayılı yasa uyarınca TTB Büyük Kongre'de seçilen dokuz asıl ve dokuz yedek üyeden oluşmaktadır. Yüksek Onur Kurulu üyeliğine seçilebilmek için Türkiye'de en az onbeş yıl tabiplik yapmış olmak ve bu yasanın 39. maddesinde yazılı cezalardan herhangi birini almamış olmak gerekir. Kurula Sağlık Bakanlığı'nın Müsteşar veya yardımcısı, Teftiş Kurulu Başkanı ya da yardımcısı ile Birinci Hukuk Müşaviri müşahit olarak katılabilir ancak oy kullanamazlar. Kurul Ankara'da TTB Merkez Konseyi yerleşkesinde olağan olarak Haziran ve Ekim aylarında olmak üzere yılda iki defa toplanır. Merkez Konseyi ya da son toplantısının başkanının daveti üzerine divan daha sık toplanabilir (1).

YOK verdiği kararları ilgili tabip odasına Merkez Konseyi Sekreteryası aracılığıyla bildirir ve keyfiyet hakkında disiplin işlemi yapılan kimseye tebliğ edilir. Kesinleşen meslekten geçici süre men cezaları kararları Sağlık Bakanlığı'nca uygulanır.

Tabip odası onur kurulu kararlarının TTB - YOK'da görüşülmesi sırasında tarafların istekleri üzerine yazılı ya da sözlü savunma – açıklama alınır.

Madde 47'e göre, YOK, tabip odası onur kurullarından gelecek kararları incelendikten sonra kararı esas ve usul yönünden uygun bulmazsa, bu dosyaya ilişkin değerlendirmesi ile birlikte kararı ilgili onur kuruluna iade eder. Oda onur

kurulundan gelecek ikinci karar üzerine Yüksek Onur Kurulu'nun vereceği kararlar hakkında Ankara İdare Mahkemesi'ne başvurma hakkı bulunmaktadır (1).

Yasanın 49. maddesine göre memur olsun, serbest olsun Yüksek Onur Kurulu kararı ile geçici olarak sanat icrasından men edilen azalar, hiç bir suretle sanatlarını icra edemeyecekleri gibi hasta kabul ettikleri yerler de kapatılır. Bu karar ilgililerce bilinmek üzere Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülecek yollarla ilan edilir ve yerine getirilmesi sağlanır (1)

## Yöntem

Bu çalışmada, TTB - YOK 2008-2010 (2008 dönemi) ve 2010-2012 (2010 dönemi) dönemlerinde tabip odalarından gelen 721 dosya ve alınan kararlar incelenmiştir. TTB - YOK 2008 dönemi 27.06.2008 tarihi ile 01.06.2010 arasını, 2010-2012 dönemi ise 01.06.2010 tarihi ile 01.07.2012 arasını kapsamaktadır.

Tabip odası onur kurullarından gelen dosya ve kararlar disiplin işlemine konu olayın gerçekleşme tarihi, tabip odası başvuru sonrası tabip odası onur kurulu karar tarihi, incelenen olaylarda yürütülen disiplin işlemleri, verilen disiplin cezaları, dosya içerisindeki sözlü savunma istemleri, disiplin işlemlerindeki hekim sayıları, dosyanın YOK'a geliş tarihi, YOK karar ile tabip odası onur kurulu kararı arasındaki uyum, YOK tarafından verilen kararlar dağılımı, YOK kararı ile olay gerçekleşme tarihi ve onur kurulu karar tarihi arasındaki süre incelenmiştir.

Tabip odası disiplin soruşturmaları soruşturma aşamasında sağlanamayan bilgilerin varlığı, ilgili tarafların savunmalarının alınmaması ya da uygun tebligat yapılmaması nedeniyle kimi verilere erişilemedi. Bu dosyalar ilgili veri analizinde çalışma dışında tutuldu.

## Bulgular

2008 ve 2010 döneminde TTB'ye bağlı 56 tabip odası bulunmaktadır. Bu dönemde 38 tabip odası onur kurulu disiplin dosyalarını görüşüp karara bağlamışlardır. Tabip odaları, Onur kurullarında incelenen dosyaların tabip odalarına göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

<b>Tablo 1. 2008-2012 döneminde tabip odaları onur kurullarında karar alınan dosya sayısı</b>	
<b>Tabip Odası</b>	<b>Dosya Sayısı</b>
İstanbul	602
İzmir	218
Ankara	92
Antalya	78
Tekirdağ	68
Kocaeli	41
Manisa	26
Mersin	26
Adana	22
Eskişehir	20
Muğla	18
Bursa	16
Aydın	13
Balıkesir	12
Hatay	10
Denizli	10
Gaziantep	9
Van	7
Trabzon	6
Bolu	6
Edirne	5
17 Tabip Odası	38
<b>Toplam</b>	<b>1343</b>

Disiplin dosya kararları incelendiğinde 22 tabip odasında 10 dosyadan az sayıda olmakla birlikte toplam 73 dosya karara bağlanmıştır.

TTB-YOK'a gönderilen dosyalarda 105 hekimin uyarı, 434 hekimin para ve 235 hekimin meslekten men cezası aldığı görülmektedir. Aynı dosya içerisinde birden fazla eylem için farklı disiplin işlemi yürütüldüğü ve ceza verildiği görülmektedir.

Meslekten men (alikoyma) cezası alan hekimlerin toplam sayısı 235 olup ceza verilme gerekçeleri ve meslekten men süreleri Tablo 2'de verilmiştir.

TTB – YOK 2008 döneminde 11 toplantı yapıp 395 karar ve 2010 döneminde 11 toplantı yapıp 326 karar almıştır. Alınan kararlarla ilgili disiplin dosyasının tabip odalarına dağılımları incelendiğinde 2008 döneminde 199 kararla (%50,4) İstanbul ilk sırada, 41 kararla (%10,4) İzmir ikinci, 27 kararla (%6,8) Ankara Tabip Odaları üçüncü sıradadır. 2010 döneminde alınan kararlarla ilgili disiplin dosyasının tabip odalarına dağılımları incelendiğinde 167 kararla (%51,2) İstanbul ilk sırada 44 kararla (%13,5) İzmir ikinci,

<b>Tablo 2. Eyleme göre meslekten geçici süre ile men cezası alan hekim sayıları</b>						
<b>Eylem</b>	<b>15</b>	<b>1 ay</b>	<b>2 ay</b>	<b>3 ay</b>	<b>4 ay</b>	<b>6 ay</b>
Gerçeğe aykırı ve kurala uygun olmayan adli rapor düzenlemek	2	32	2	-	-	-
Özen eksikliği, dikkatsizlik vb. kusuru ile eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya kalıcı zarar vermek	18	11	2	6	-	7
Hastasına veya sağlık personeline cinsel tacizde bulunmak	-	1	-	1	-	-
Hasta-hekim ilişkisi sınırını aşarak hastası ile duygusal ve cinsel ilişkiye girmek	-	1	-	-	-	-
Davete karşın hastaneye gelmemek ve hastanın sevkini geciktirmek	1	-	-	-	-	-
Kamu kurum ve kuruluşlarını dolandırmaya yönelik eylemlerde bulunmak	1	4	-	6	1	5
Hastalıkların tanı ve tedavisinde bilimselliği henüz kanıtlanmamış ya da bilim dışı yöntemleri uygulamak veya önermek	4	-	-	-	-	-
Gerçeğe uygun olmayan reçete, rapor ve benzeri belge düzenlemek	7	2	-	2	-	2
Reçete yazma kurallarına uymamak	-	1	-	-	-	-
Uzmanı olmadığı alanda uzmanmış gibi davranmak	2	1	-	2	-	-
Meslektaşına fiili ve sözlü saldırıda bulunmak	1	1	-	-	-	-
Haksız kazanç (birden fazla yerde muayenehane açmak, işletmek, asgari ücret altında çalışmak vb.)	12	10	-	1	-	-
Belirlenmiş kurallar ve tıbbi etik ilkelere aykırı davranmak	25	12	1	1	1	8
Yayın etiğine aykırı davranış	3	-	3	-	-	-
Tanıtım kurallarına aykırılık	23	7	1	-	-	1
<b>Toplam</b>	<b>99</b>	<b>83</b>	<b>9</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>23</b>

18 kararla (%5,5) Ankara Tabip Odaları üçüncü sıradadır.

Disiplin dosyaları incelenerek dosya konusu edilen olayın gerçekleştiği tarih ile tabip odası onur kurulunun kararı oluşturduğu tarih saptanmış olup Tablo 3'de geçen süre ay olarak görülmektedir.

2008 döneminde 395 olaydan 115 olayın, 2010 döneminde ise 326 olaydan 150'sinin gerçekleşme tarihi dosyada bulunamamıştır. Başvuru dilekçeleri üzerinden net tarihler belirlenebildiği gibi birbiri ile tutarlı savunma ve şikayet dilekçe ya da sözel ifadeler kayıt altına alınmış netlik olmayan ya da tutarsızlık olanlar üzerinde işlem yapılmamıştır. 2008 döneminde yaklaşık 24 ayda %39,0 oranında, 2010

**Tablo 3.** Olay gerçekleşme tarihi ile oda onur kurulu karar tarihi arasındaki geçen süre (ay)

Süre (ay)	2008		2010	
	n	%	n	%
6-30	7,6	11	3,3	
7-12	40	10,2	33	9,9
13-18	42	10,6	30	9,0
19-24	42	10,6	28	8,4
25-30	34	8,7	21	6,3
31-36	23	5,9	16	4,8
37-42	19	4,8	4	1,2
43-48	9	2,4	8	2,4
49-54	6	1,6	1	0,3
55-60	9	2,4	4	1,2
61-132	22	6	16	4,8
Toplam	280	70,9	176	54
Eksik veri	115	29,1	150	46
G.Toplam	395	100	326	100

**Tablo 4.** Tabip odası onur kurulu karar tarihi ile TTB-YOK karar tarihi arasındaki süre (ay)

Süre (ay)	2008		2010	
	n	%	n	%
6-347	87,8	194	59,5	
7-12	36	9,2	119	36,5
13-18	8	2,1	7	2,1
19-24	0	0	2	0,6
25-30			1	0,3
37-42	1	0,3		
Toplam	392	99,2	323	99,1
Eksik veri	3	0,8	3	0,9
G. Toplam	395	100	326	100

döneminde ise yaklaşık 24 ayda %30,6 oranında onur kurulları kararlarının verildiği görülmektedir. Tabip odası onur kurulları tarafından meslekten men cezası verildiğinde ya da alınan karara itiraz olduğunda karar TTB Yüksek Onur Kuruluna görüşülmek üzere gönderilmektedir. Tabip oda onur kurulu kararı ile dosyanın TTB Yüksek Onur Kuruluna gelip karar alınması arasındaki süre ay olarak Tablo 4'de verilmektedir.

**Tablo 5.** Olay tarihi ile TTB-YOK kararı arasında geçen süre (ay)

Süre (ay)	2008		2010	
	n	%	n	%
6-5	1,3	1	0,3	
7-12	28	7,2	12	3,6
13-18	43	10,9	28	8,4
19-24	52	13,1	33	9,9
25-30	36	9,2	30	9
31-36	30	7,6	20	6
37-42	20	5,1	14	4,2
43-48	18	4,6	7	2,1
49-54	10	2,6	4	1,2
55-60	12	3,2	5	1,5
61-143	26	7,1	22	6,6
Toplam	280	70,9	176	54
Eksik veri	115	29,1	150	46
G.Toplam	395	100	326	100

**Tablo 6.** TTB-YOK'a gelen kararlarda var olan cezaların dağılımı (gruplandırılmış)

Ceza	2008		2010	
	n	%	n	%
Para	145	36,7	111	34,0
Ceza yok	93	23,5	70	21,5
Men	72	18,2	56	17,2
Uyarı	41	10,4	43	13,2
Para cezası, uyarı	13	3,3	5	1,5
Men, para cezası	5	1,3	2	0,6
Soruşturmaya gerek yok	5	1,3	10	3,1
Men, uyarı	2	0,5	2	0,6
Men, ceza yok	1	0,3		
Para, ceza yok	1	0,3	6	1,8
İşlem sürmekte	1	0,3		
Uyarı, ceza yok			2	0,6
Kovuşturma gerek yok			4	1,2
Toplam	379	95,9	311	95,4
Eksik veri	16	4,1	15	4,6
G. Toplam	395	100,0	326	100,0

**Tablo 7.** TTB-YOK disiplin işlemine neden olan eylemlerin dönemlere göre dağılımı

Eylemler	2008	2010	Konu başlıkları	2008
	n	%	n	%
Tıbbi hata	57	14,4	76	23,3
Tanıtm ihlali	51	12,9	31	9,5
Oda onayı almadan serbest hekimlik yapmak	22	5,6	24	7,4
Aydınlatılmış onam	17	4,3	6	1,8
Uzmanlık dışı etkinlik	11	2,8	10	3,1
Tıbbi ihmal	10	2,5		
Hekimliğe yakışmayan davranış	9	2,3	10	3,1
Deontolojiye uymamak	8	2,0		
Kamu kurumunu zarara uğratmak	8	2,0	3	0,9
Mesleki beceri eksikliği	7	1,8	12	3,7
Bilimselliği kanıtlanmamış ilaç, yöntem kullanmak	6	1,6	8	2,4
Endikasyon dışı tahlil, girişim, ilaç yazma	5	1,4	1	0,3
Hasta temini	4	1,0	3	0,9
İki ayrı yerde hekimlik yapmak	4	1,0	1	0,3
Raporda usulsüzlük	4	1,0	25	7,7
Tabip odasına bildirimsiz çalışmak	4	1,0	3	0,9
Evrakta usulsüzlük	3	0,8		
Usulsüz rapor	3	0,8	1	0,3
Hastadan usulsüz para istemek	2	0,5	2	0,6
Eğitici sorumluluğunu yerine getirmemek	2	0,5		
Haksız kazanç	2	0,5	2	0,6
Hasta bilgilerini ifşa etmek	2	0,5	2	0,6
Hasta görmeden reçete yazmak	2	0,5		
Hasta kayıtlarını usulüne uygun tutmamak	2	0,5	1	0,3
Kaşesini başkasına kullandırmak	2	0,5	1	0,3
Kırmızı reçetede usulsüzlük	2	0,5		
Küretaj (yasal olmayan)	2	0,5	2	0,6
Meslektaşlarına küçük düşürücü davranış	2	0,5	3	0,9
Meslekte bilgi eksikliği, özensizlik	2	0,5		
Reçete uygunsuzluğu	2	0,5	2	0,6
Asgari ücrete uymamak	1	0,3		
Cezaya rağmen çalışmaya devam etme	1	0,3		
Etik olmayan davranış	1	0,3	2	0,6
Fiziki saldırı	1	0,3		
Gereksiz tedaviyi bırakmak	1	0,3		
Gereksiz masraf yaptırmak	1	0,3	2	0,6
Hasta haklarına saygı göstermemek	1	0,3	1	0,3
Hekim kimliğini kötüye kullanmak	1	0,3		
Hekime taciz ve darp	1	0,3		
İnsan haklarına aykırı tutum	1	0,3		
İstenmeden bilirkişilik yapmak	1	0,3		
İşkenceye maruz kalma olasılığında hekim tutumu	1	0,3		

**Tablo 7'nin devamı.** TTB-YOK disiplin işlemine neden olan eylemlerin dönemlere göre dağılımı

Eylemler	2008	2010	Konu başlıkları	2008
	n	%		n
İşyeri evraklarını izinsiz çıkarılması	1	0,3		
Kayıtsız hekim çalıştırmak	1	0,3	1	0,3
Siyasi baskı	1	0,3		
Taciz	1	0,3		
Tanıklıktan kaçınma	1	0,3		
Usulüne uygun olmayan sevk	1	0,3	1	0,3
Geniş endikasyon			1	0,3
Hekim yakınından para almak			1	0,3
Hekimin oda üyesi işlevlerini yapmamak			2	0,6
Muayehanedeki eksik teçhizat			1	0,3
Ruhsatsız bir yere hasta sevk etmek			1	0,3
Tabip odasına bildirmeden hekim çalıştırma			1	0,3
Usulsüz reçete yazmak			1	0,3
Uzmanlık öğrencisine hekimlik yaptırmak			1	0,3
Toplam	275	69,6	245	75,2
Eksik veri	120	30,4	81	24,8
Genel Toplam	395	100,0	326	100,0

Oda onur kurulu kararı ile dosyanın TTB-YOK'na gelip karar alınması arasındaki süre ay olarak incelendiğinde 2008 döneminde ilk 6 ayda %87,8, 12 ayda toplam %97 oranında, 2010 döneminde ise ilk 6 ayda dosyaların %59,5, 12 ayda ise toplam %96'sı hakkında karar verildiği görülmektedir.

Olayın gerçekleşme tarihi ile TTB-YOK kararının verildiği süre Tablo 5'de görülmektedir. 2008 döneminde yaklaşık 24 ayda %32,5 oranında, 2010 döneminde ise yaklaşık 24 ayda %22,2 oranında karar verildiği görülmektedir.

TTB-YOK kararlarında yer alan doktor sayısı incelendiğinde 2008 döneminde %76,2 tek hekim, %13,2 iki hekim, 2010 döneminde ise %73,6 oranında tek hekim, %10,7 iki hekim ile ilgili karar içermektedir.

Tabip odası onur kurulları kararları incelendiğinde kimi dosyalarda tek hekime birden fazla disiplin eylemi nedeniyle birden fazla disiplin cezası verildiği görülmektedir. Tablo 6'da TTB - YOK'a tabip odası onur kurullarından gelen kararların gruplanmış biçimi verilmektedir.

Birden fazla disiplin eylemi nedeniyle açılan soruşturma ve yürütülen kovuşturma sonrasında kimi eylemler için çeşitli cezalar verilirken, kimi eylemler için ceza verilmemiş olduğu görülmektedir.

Tabip odaları soruşturma ve onur kurulları kovuşturma ve karar aşamalarında ilgili tarafların yasal tebligat sonrası yasal, geçerli itiraz süresinde yapıldığında, itiraz hakkı bulunmaktadır. 2008 döneminde 233 hekim (%59), 2010 döneminde 161 hekim (%49,4) karara itiraz etmiştir.

Şikayetçiler (hasta, hasta yakını, ilgili taraf) 2008 döneminde 128 dosyada (%32,4), 2010 döneminde 122 dosyada (%37,4) karara itiraz ettikleri görülmektedir.

Tabip odaları, onur kurulları ve TTB-YOK süreçlerinde ilgili tüm tarafların yasal sözlü açıklama – sözlü savunma hakları bulunmaktadır. TTB-YOK'da 2008 döneminde 60 hekim (%15,2), 2010 döneminde 37 hekim (%11,3) sözlü savunma yaptıkları saptanmıştır.

Dosyalarda hekimlere sunulan sözlü savunma hakkı şikayetçilere - ilgili taraflara ise sözlü açıklama yapma hakkı sunulduğu görülmektedir.

TTB-YOK'da 2008 döneminde 18 şikayetçinin (%4,6), 2010 döneminde ise 14 şikayetçinin (%4,3) sözlü açıklama yaptıkları görülmektedir.

Tablo 8. Dönemlere göre dosya içerisinde bilirkişi raporu bulunma durumu				
Bilirkişi raporu sayısı	2008		2010	
	n	%	n	%
1	70	17,7	48	14,7
2	22	5,6	19	5,8
3	5	1,3	7	2,1
4	1	0,3	9	2,8
Toplam	98	24,8	83	25,5
Eksik veri	297	75,2	243	74,5
G. Toplam	395	100,0	326	100,0

Tablo 9. YOK'a gelen dosyadaki karar ile TTB-YOK kararı arasındaki ilişki				
Karar	2008		2010	
	n	%	n	%
Hüküm içermeyen karar*	66	16,7	60	18,4
Karar ile uyumlu	194	49,1	167	51,2
Karar değişti	135	34,2	97	29,8
Toplam	395	100,0	324	99,4
Eksik veri			2	0,6
G. Toplam	395	100,0	326	100,0

\*Hüküm içermeyen karar (bilirkişi isteme, sözlü savunmaya / açıklamaya davet, karar yeter sayısına erişememe vb.)

Tablo 10. Dönemlere göre TTB -YOK karar dağılımı				
Karar	2008		2009	
	n	%	n	%
Onay	172	43,5	154	47,2
Bozma	121	30,6	88	27,0
Sözlü savunma davet	34	8,6	20	6,1
İncelemeye yer yok	20	5,1	8	2,5
Sözlü açıklamaya davet	11	2,8	5	1,5
Karar tesisi (1 ay meslekten men, bozma, para cezası)	6	1,6	3	0,9
Belge isteme	5	1,3	10	3,1
Bilirkişi isteme	4	1,0	13	4,0
Karar yeter sayısı sağlanamadı	4	1,0	4	1,2
TTB Merkez Konseye bilgi	4	1,1	8	2,5
Düzelterek onam	3	0,8	4	1,2
Esastan bozma, karar tesisi	3	0,8		
Sonraki toplantıda dosya genişletilerek görüşülecek	3	0,8		
Karar bozma ve onay	2	0,5	6	1,8
Yeni karar kurma	2	0,5		
İtiraz süresinde değil	1	0,3	1	0,3
Toplam	395	100,0	324	100,0

TTB-YOK disiplin işlemine neden olan eylemler dönemlere göre dağılımı Tablo 7'de görülmektedir.

Dosyalar incelendiğinde disiplin eylemine ilişkin soruşturma ya da onur kurulları kovuşturma sürecinde bilirkişi görüş raporları alındığı gözlenmektedir (Tablo 8).

TTB-YOK kararları incelendiğinde 2008 döneminde 54 dosya (%17,7), 2010 döneminde 40 dosya (%12,3) iki ya da daha çok TTB-YOK gündemine geldiği görülmektedir. Bu dosyalar incelendiğinde usul eksiklikleri saptanmış ya da dosya içeriklerinin eksik olduğu ve karar öncesinde ilgili birimden bilgi alınması için ya da eksikliklerin giderilmesi için kararın sonraki toplantıya bırakıldığı gözlenmiştir.

TTB YOK 2008 döneminde ve 2010 döneminde 11'er kez toplam 22 toplantı gerçekleştirmiş olup bu toplantılarda alınan kararların tabip odası onur kurulları kararları ile ilişkisi dökümü Tablo 9'da verilmektedir (3,4).

TTB-YOK 2008 ve 2010 dönemleri karar dağılımı Tablo 10'da verilmektedir.

**Tablo 11.** Dönemlere göre TTB-YOK'da görüşülen dosyaların durumları

Karar-Süreç	2008		2009	
	n	%	n	%
Süreci tamamlanan	306	77,5	237	72,7
Bozma sonucu tabip odasına gönderilen	73	18,5	64	19,6
Sözlü savunma daveti yapılan	10	2,5	16	4,9
Belge istenen			6	1,8
Karar yeter sayısının sağlanamaması sonucu beklemede	4	1,0	1	0,3
Bilirkişi istemi yapılan	2	0,5	2	0,6
Toplam	395	100,0	326	100,0

TTB - YOK'un yasa gereği dokuz tıp doktoru üyesi bulunmaktadır. Bu üyelerin kararlardan çekilme hakları ve yükümlülükleri vardır. TTB mevzuatında hangi durumlarda karardan çekilme hakları ve yükümlülükleri olduğu açıkça belirtilmektedir (2). Kurul üyelerinin kararlardan çekilme durumları incelendiğinde 2008 döneminde 16 karardan, 2010 döneminde 12 karardan çekildikleri görülmektedir.

TTB-YOK 2008 ve 2010 dönemlerinde toplam 721 karar aldığı görülmektedir. Tablo 11'de TTB-YOK karar verilen dosyaların durum – süreçleri görülmektedir.

Tabip odası Onur kurulları bu dönem içerisinde 1343 dosya karara bağlamıştır. Bu kararlardan 2008 ve 2010 döneminde toplam 721 dosya kararı TTB-YOK'a gelmiştir. Disiplin dosya kararları incelendiğinde o tarihte var olan 56 tabip odasının 18'inden dosya gelmediği görülmektedir. Bu oda onur kurullarına disiplin eylemleri nedeniyle başvuru (şikayet) olmayabileceği gibi, onur kurulu kararları arasında meslekten men kararlarının verilmemiş olması ya da verilen kararlara itiraz edilmemesi nedeniyle TTB-YOK'a dosya gelmemiş olabilir.

Tüm tabip odalarının daha nitelikli sağlık hizmeti üretimi ve mesleki deontolojiyi korumak için aksaklıkların erken dönem fark edilmesi, önlemlerin alınması için hekim mesleki uygulama disiplin süreçlerinde var olması kendisini toplumda bir odak olarak göstermesi gereklidir.

Çalışmanın yapıldığı dönemde hekimlerin aldıkları meslekten men (alikoyma) cezası sayısı 235'dir.

Meslekten men alma gerekçesi olarak en sık *"meslekte özen eksikliği, dikkatsizlik vb. kusuru ile eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya kalıcı zarar vermek."*, *"Belirlenmiş kurallar ve etik ilkelere aykırı davranmak."* eylemleri dikkat çekicidir. Hekimlik uygulamalarına dönük bu eylemlerin sınırlarının ve yeterliklerinin tanımlanması ve farkındalığın artırılmasında tıp uzmanlık dernekleri başta olmak üzere ortak çabaya gereksinim vardır.

Hekimlerin günlük mesleki uygulamalarında yetki ve sorumluluklarının yeterince bilgisine sahip olmamaları (*Davete karşın sağlık kuruluşuna gelmemek, Reçete yazma kurallarına uymamak, Yayın etiğine uymamak vb.*) mağduriyetler yaşanmasına, telafisi zor durumların yaşanmasına neden olmaktadır.

Zor bir mesleği, gerilimi oldukça yüksek bir çalışma ortamında, kısıtlılıklar içerisinde şiddetin her türüsüne maruz kalan hekimler böylesi durumlarda korunaksız kalmakta kimi zaman sağlıklı ve kalıcı çözümler yerine anlık alınan kararlar sonucunda hedef olmakta, süreçten zararla ayrılabilir. Şiddete uğradığında hekimlerin, bu durumu saklamadan, gecikmeden ilgili başvuruları yapmaları konusunda desteklenmesi gerekmektedir.

Tarafı kim olursa olsun, gerekçesine bakılmaksızın şiddete meyleden, meslektaşlarına karşı şiddet uygulayan hekimlerin de disiplin süreçlerine uğraması ve uygun cezaların verilmesi ve bu konuda ortak kararlılık göstermek zorunluluktur. TTB-YOK kararları incelendiğinde şiddetin her türüsüne (fiziksel, sözel, cinsel) karışmış



hekimlerin olduğunu görmek kaygı vericidir. Tıp eğitiminin her düzeyinde şiddetle baş etme, korunma ve tutum alma konusunda daha yoğun ve öncelikli bir çaba gerekliliği görülmektedir.

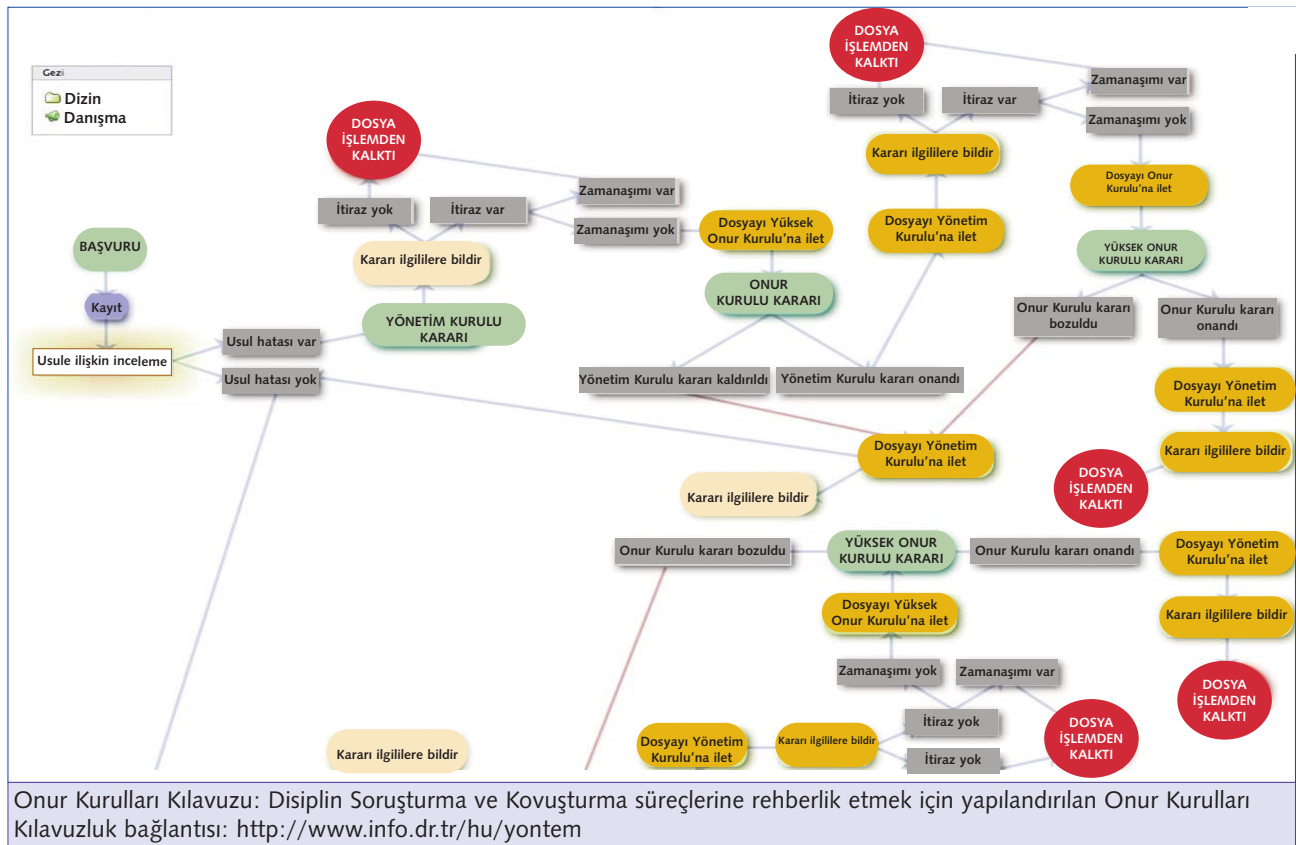
Bilimsellik dışı, alan dışı, endikasyon dışı ya da geniş endikasyon ile hekimlik uygulamaları sergileyen hekimlerin yaratacağı – yarattığı sağlık sorunları toplum nezdinde mesleğimizin sorgulanmasına neden olmaktadır. Bu uygun olmayan hekimlik uygulamaları yanı sıra bir de hekimlikle bağdaşmayacak "adi suç" olarak tanımlanabilecek, usulsüz reçete, rapor ya da belge düzenlemeleri ile çıkar sağlamak, geri ödeme kurumlarını zarara sokmak eylemleri tüm hekimlerin, tabip odalarının ivedilikle gündemlerine alıp ortak tutum geliştirmeleri gereken eylemler olarak görülmektedir. Meslekten men cezalarının arasında "maddi çıkar odaklı" eylemlerin sayısı ve çeşitliliği dikkat çekicidir.

Dosyalar incelendiğinde 2008 döneminde 395 olaydan 115 olayın, 2010 döneminde ise 326 olaydan 150'sinin gerçekleşme tarihi dosyada bulunamamıştır. Dosyaların soruşturma aşamasında belli kontrol listeleri üzerinden denetimli hazırlanması karar alma süreçlerine olumlu katkı sunacaktır.

Disiplin süreçlerinde hukuka uygun davranılması, bildirimlerin usule uygun yapılması, savunma hakkının öneminin bilincinde, soruşturma ve kovuşturma süreçlerinin ilerletilmesi son derece önemlidir. Tabip odası onur kurulları kararlarının - dosyalarının incelenmesi aşamasında usül eksiklikleri ya da karar için gerekli belgelerin dosyada olmaması süreci uzatmakta, adaleti geciktirmektedir. Soruşturmaya değer olup olmadığının kararının verilmesinde başat görevi olan oda adına soruşturmacı işlevi üstlenenlerin "Disiplin İşlemleri Soruşturmacı Eğitimleri" ile desteklenmesi önemlidir. Bu eğitimlerin yaygınlaştırılması dosyaların TTB-YOK tarafından tabip odasına iade edilme gerekçelerini büyük ölçüde azaltacaktır.

TTB tarafından tabip odası yönetim kurulları ve onur kurulları için düzenlenen eğitimler ve deneyim aktarımı son derece önemlidir. Bu amaçla bir "Disiplin Soruşturmasında ve Kovuşturmasında Yöntem" kitabı basılmış ve TTB web sayfasından da erişimi olanaklı kılınmıştır (5).

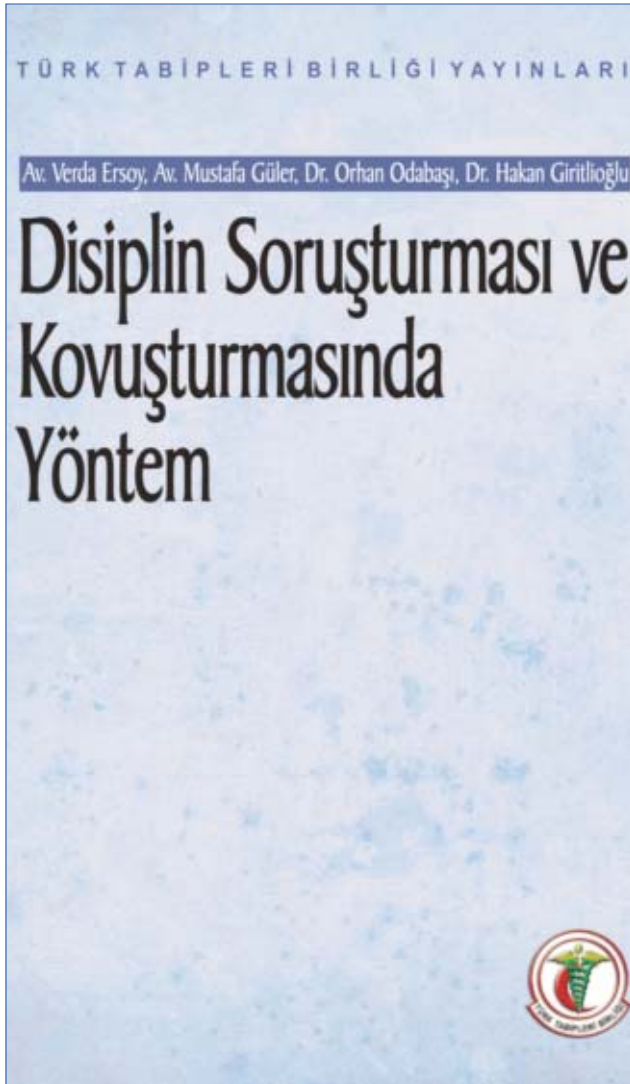
Tıp doktorlarından oluşan onur kurulları ve TTB-YOK bugün için 43 ana dal 45 yan dal tıp uzmanlık alanının tamamına hakim olması olanaklı değildir. Bu gerekçe ile konunun daha iyi



anlaşılması için her aşamada bilirkişilik görüşüne başvurulmalıdır (6).

TTB tarafından Adalet Bakanlığı tarafından sertifikalandırılan "Temel Bilirkişilik Eğitimleri" düzenlenmektedir. Bu eğitimleri almış alan uzman bilirkişiler, disiplin işlem dosyalarında sorgulanmak istenen, sürecin anlaşılmasında rehberlik edecek nitelikte rapor üreteceklerdir (7).

Tabip odaları onur kurulları olayın oluşmasından yaklaşık 24 ayda %35-%39 oranında karar alabilmektedir. Ancak tabip odalarına başvuru dilekçelerinin veriliş tarihleri derlenip çalışılmadığı için aradaki sürenin gerçekçi değerlendirilmesi yapılamamıştır.



Erişim adresi: [http://www.ttb.org.tr/yayin\\_goster.php?Guid=43328d5a-9470-11e7-914a-a458ccf77150](http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=43328d5a-9470-11e7-914a-a458ccf77150)

Oda onur kurulu kararı ile dosyanın TTB - YOK'na gelip karar alınması arasındaki süre ay olarak incelendiğinde 2008 döneminde ilk 6 ayda %87,8, 12 ayda toplam %97 oranında, 2010 döneminde ise ilk 6 ayda dosyaların %59,5, 12 ayda ise toplam %96'sı hakkında karar verildiği görülmektedir. Bu durum, yasa koyucunun yılda 2 kez yapılmasını öngördüğü TTB-YOK üyelerinin özverisi ve görevlerine verdikleri değer bir göstergesidir. İki dönemde toplam 22 toplantı yapıldığı görülmektedir.

Olayın gerçekleşme tarihi ile TTB-YOK kararının verildiği süre 2008 döneminde yaklaşık 24 ayda %32,5 oranında, 2010 döneminde ise yaklaşık 24 ayda %22,2 oranındadır. Dosya eksiklikleri ve usul hataları sürecin uzamasına neden olmaktadır.

TTB-YOK kararlarının büyük bir bölümü 2008 döneminde %76,2 ile 2010 döneminde ise %73,6 oranında tek hekim ile ilgili kararlardır. Oysa hekimlik uygulamaları yaklaşımından sistem analizlerinin yapıp ekip çalışmasının dinamikleri gözden geçirilerek daha kapsayıcı bir değerlendirme yapılmalıdır. Hekimi hedef alan yaklaşımlar "çekinik tıp" için gerekçe oluşturmaktadır.

Mağduriyetlerin giderilmesinde bugün için disiplin soruşturma ve kovuşturma süreçlerinin hızlı seyretmesi açısından olayın gerçekleştiği tarih ile tabip odası onur kurulunun kararı oluşturduğu tarih arasındaki zaman aralığının ve TTB-YOK sürecinde geçen sürenin kısaltılması ve karar vermede olası engel ya da eksikliklerin saptanarak giderilmesi yararlı olacaktır.

TTB-YOK bir meslek örgütü olmanın bilincinde disiplin işlemleri sürecinde başta hekim ve hekimlik uygulamalarını merkeze almakla birlikte örneği azda olsa ilgili tüm taraflara olgu – durum temelli bildirimler, çağrılar çıkarmalı göreve tarafları çağırmalıdır.

Kötü uygulama nedeniyle yaşanan hasta mağduriyetleri öne çıkmakla birlikte, süreçte tüm çabasına, özen ve dikkatine rağmen, denetlenemeyen nedenlerle, uzayan – yıpratıcı süreçler hekimlerin meslek örgütüne, sağlık

sistemine, mesleğine, meslektaşlarına ve topluma karşı tepki duymasına neden olmaktadır. Unutulmaması gereken en önemli saptamalar “Hekimleri yine hekimlerden oluşan yapıların en iyi anlayabileceği.” ve “Disiplin süreçlerine maruz kalmak soruşturma geçirmek ya da kovuşturmaya uğramak suçlu olmak değil, aksine haklı olduğunuz bir durumda aklanma için bir fırsattır.”

Hekimlik uygulamaları disiplin süreçlerinde yapılması gereken mağduriyetlerin hızla giderilmesidir. Sistem analizi, ekip çalışması içerisinde görev ve sorumlulukların tanımlanması yapılmaksızın sürecin tek sorumlusunun hekim olarak gösterilmesi sorunun uzun erimde çözümüne katkı sunmayacaktır.

Türk Tabipleri Birliği, Tabip odaları onur kurulları ve Yüksek Onur Kurulu çalışmaları ile tüm bu süreçlerde mesleki deontolojiyi korumak ve geliştirmeyi hedeflemektedir.

**İletişim:** Dr. Orhan Odabaşı  
**E-posta:** odabasiorian@gmail.com

## Kaynaklar

1. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği (Erişim: 28 Şubat 2018, 09:48)  
[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125:tk-tablerbldl-yetmel&catid=2:yemelik&Itemid=33](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=125:tk-tablerbldl-yetmel&catid=2:yemelik&Itemid=33).
2. Türk Tabipleri Birliği yasası (Erişim: 28 Şubat 2018, 09:47)  
[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14:tk-tablerblkanunu-6023-&catid=1:yasa&Itemid=28](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=14:tk-tablerblkanunu-6023-&catid=1:yasa&Itemid=28).
3. TTB Çalışma Raporu 2008-2010 Dönemi (Erişim: 28.02.2018, 10:13)  
[http://www.ttb.org.tr/c\\_rapor/2008-2010/2008-2010.pdf](http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2008-2010/2008-2010.pdf).
4. TTB Çalışma Raporu 2010-2012 Dönemi (Erişim: 28.02.2018, 10:14)  
[http://www.ttb.org.tr/c\\_rapor/2010-2012/2010-2012.pdf](http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2010-2012/2010-2012.pdf).
5. Disiplin Soruşturmasında ve Kovuşturmasında Yöntem. Av. Verda Ersoy, Av. Mustafa Güler, Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Hakan Giritlioğlu, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ocak 2009, Ankara.  
[http://www.ttb.org.tr/yayin\\_goster.php?Guid=43328d5a-9470-11e7-914a-a458ccf77150](http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=43328d5a-9470-11e7-914a-a458ccf77150)
6. Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (Erişim: 28.02.2018, 09:51).  
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.19629&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=t>
7. Türk tabipleri Birliği “Bilirkişilik” Eğitimleri (Erişim: 28.02.2018, 14:23).  
[http://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=96adf904-fcff-11e7-8ba2-003f3d72864a](http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=96adf904-fcff-11e7-8ba2-003f3d72864a).



Dr. Funda Evcili<sup>1</sup>, Dr. Mine Bekar<sup>2</sup>, Dr. Burcu Yurtsal<sup>2</sup>, Gülçin Abak<sup>3</sup>, Berrin Tali<sup>3</sup>, Sultan Temel<sup>3</sup>

Geliş/Received : 18.10.2016

Kabul/Accepted : 12.06.2017

## Öz

**Giriş:** Doğum sonu dönem, kadınlar için annelik rolüne uygun davranma çabalarının arttığı, yeni rolü ilişkin korku/ kaygıların yaşandığı ve özgüven problemlerinin ortaya çıktığı bir zaman dilimidir. Bu dönemde kadınların, ebeleri/ hemşirelerin rehberliğine ve danışmanlığına gereksinimi vardır.

**Amaç:** Bu çalışma, primipar kadınların annelik rollerine hazıroluşluk durumlarını ve özgüven düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini, Kasım 2013-Mart 2014 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin postpartum kliniklerinde yatan kadınlar oluşturmuştur. Örnekleme, araştırmaya katılmayı kabul eden 184 primipar kadın alınmıştır. Veriler, Annelik Rolüne Hazıroluşluk Değerlendirme Formu ve Pharis Özgüven Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel analizler kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalamaları 26,8+5,4'dür. Kadınların kendilerini annelik rolüne hazır hissetmeleri ile gebeliğin planlı olması, sosyal desteklerin yeterli olması ve pozitif eş ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Doğum şekli, gebeliğin planlı olma durumu, eş ilişkisi, sosyal desteklerini yeterli bulma durumu ile Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Bununla birlikte kendisini annelik rolüne hazır hissettiğini ifade eden kadınların Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamalarının kendisini annelik rolüne hazır hissetmediğini ifade eden ve kararsız olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Kadınların annelik rolüne hazırlanmasında ve bebek bakımına dair özgüvenlerinin artırılmasında gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan bireyselleştirilmiş ebelik / hemşirelik bakımına gereksinimleri bulunmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Doğum sonu dönem, Annelik rolü, Hazıroluşluk, Özgüven

## Abstract

**Introduction:** Postpartum is a period of time in which increased efforts are made by women to act in accordance with the maternal role, fears/concerns about the new role are experienced and self-confidence issues occur. During this period, women need guidance and counselling provided by midwives/nurses.

**Aim:** This study was conducted to determine the readiness for maternal role and self-confidence levels among the primiparous women.

**Method:** The study population consisted of the women staying in the postpartum unit at a state hospital between November 2013 - March 2014. The sample was composed of 184 primiparous women who agreed to participate in the research. The data were collected using Maternal Readiness Assessment Form and Pharis Self-Confidence Scale. Descriptive and comparative statistics were used to analyse data.

**Findings:** The mean age of the women who participated in our study was 26.8+5.4. A statistically significant relationship was found between the level of maternal readiness among the women and having planned pregnancy, adequate social support and positive relationship with the spouse ( $p<0.05$ ). No relationship was found between the mode of delivery, having planned pregnancy, relationship with spouse, perception of having adequate social support and the mean scores on Pharis Self-Confidence Scale ( $p>0.05$ ). However, it was determined that the mean Pharis Self-Confidence Scale scores of the women stating that they felt ready for maternal role were significantly higher than those of the women who felt ready for the role or were undecided ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** Women need personalised midwifery/nursing care to be prepared for maternal role and to improve their self-confidence in infant care.

**Key words:** Postpartum period, Maternal role, readiness, Self-confidence

\*Bu çalışma, 24-26 Nisan 2014 tarihleri arasında Eskişehir'de düzenlenen 1. Uluslararası 5. Ulusal Öğrenci Ebelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Yrd.Doç.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sivas

2 Yrd.Doç.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Sivas

3 Öğr. Ebe, Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Sivas

## Giriş

Gebelik, birçok kadın için annelik rolüne hazırlanmayı sağlayan bir fırsatlar dönemidir. Ancak doğumu takiben tüm kadınlar fiziksel, sosyal ve emosyonel değişimlere uyum sağlama, kendi bakımlarını ve yenidoğanın gereksinimlerini karşılama çabası içerisine girmektedir (1,2,3). Üzerine yüklenen çok yönlü sorumluluklar (eş, anne, arkadaş vb.) ve kendisinden beklenen yeni role uygun davranma çabaları, kadınların annelik rolüne uyum sürecine ilişkin korku / kaygılar yaşamasına ve özgüven problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (4). Literatürde anne olmak, anne kimliği ve annelik rolüne erişme gibi kavramlar arasında kullanılan terminoloji ve kavramsal teorik çerçeve açısından farklılıklar bulunmaktadır. Kavramlara ilişkin sınıflandırmaların yetersizliği ve karmaşıklığı önemli bir problem olarak kabul edilmektedir (5). Bununla birlikte, annelik rolüne erişme (maternal role attainment) ve anne kimliği (maternal identity) kavramları ilk olarak 1967 yılında Reva Rubin tarafından ele alınmıştır. Rubin'e göre, annelik rolü, interaktif olarak öğrenilebilen kompleks bir süreçtir (6). Rubin'in teorisini temel alan ve bu teoriye "anne olmak" kavramını kullanarak daha da geniş bir perspektiften bakan Mercer (2004), anneliği erişilecek bir rol olmaktan öte dinamik ve sürekliliği olan bir süreç olarak kabul etmiştir. Mercer (2004), kadının annelik rolünü kazanabilmesi için gebelik ve doğum sürecinin yalnızca fizyolojik boyutuna odaklanmaktan çok doğum sonu 12 ay boyunca annenin yeni rolüne hazırlanması ve desteklenmesinin önemine vurgu yapmaktadır (7).

Doğum sonu dönemde kadınların annelik rolüne hazıroluşluğunun sağlanmasında ve bebek bakımına ilişkin özgüvenlerinin artırılmasında prekonsepsiyonel dönemden itibaren başlayan doğum sonu dönem boyunca da sürdürülen planlı ve kapsamlı ebelik / hemşirelik bakımına gereksinim vardır (2,3). Mercer'e göre kadının "anne olma" sürecine katkı sağlamada ebelere ve hemşireler 2 önemli görev düşmektedir. Bu görevler, empatik dinleme ve olumlu geribildirimde bulunmaktır. Empatik dinleme, anne olma sürecinden kadının nasıl etkilendiğini anlamaya çalışmak ve onu dinlemeye istekli olduğunu hissettirmektir. Olumlu geribildirimde

bulunmak ise annenin bebeğe yönelik bakım girişimlerini desteklemek ve kadının motivasyonunun artıracak tepkiler vermektir (7). Araştırmalar, kadının; annelik kavramı üzerine olumlu düşünceleri varsa, anne olmaya ilişkin düşüncelerini prenatal süreç boyunca ifade etmesine olanak verilmişse, annelik rolüne ilişkin beklentileri gerçekçiye, kadın bebeğin bakımına olabildiğince erken ve aktif olarak dahil edilmişse, postpartum ilk altı ayda güçlüyse sosyal desteklere sahipse annelik rolüne geçişin sarsıntısız ve hazıroluşluluğun kolay olacağına işaret etmektedir (8). Ebeler ve hemşireler tarafından verilen kapsamlı ve sürekli bakım kadınların annelik ve ebeveynlik rolüne daha kolay uyum göstermesini sağlamada son derece yararlı etkiler yapmaktadır (9,10,11,12). Bu çalışma ile postpartum kliniklerde yatan sağlıklı yenidoğana sahip kadınların annelik rollerine hazıroluşluk ve özgüven düzeylerini belirlemek amaçlanmaktadır. Araştırmadan elde edilen verilerin; prekonsepsiyonel dönemden itibaren başlayan ve doğum sonu dönemi içine alan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin kapsamının belirlenmesine ve ebelik / hemşirelik bakım girişimlerinin planlamasına rehberlik edeceği düşünülmektedir.

## Yöntem

**Araştırmanın Tipi:** Araştırma, tanımlayıcı araştırma özelliğindedir.

**Araştırmanın Uygulandığı Yer-Örneklem:** 28 Kasım 2013 - 09 Mart 2014 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin Aseptik Servisi ve Ameliyat Servisi'nde yatan postpartum dönemde bulunan, araştırmaya katılmayı kabul eden 184 primipar kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

**Verilerin Toplanması:** Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen Annelik Rolüne Hazıroluşluk Değerlendirme Formu ve Pharis Özgüven Ölçeği ile toplanmıştır.

**Annelik Rolüne Hazıroluşluk Değerlendirme Formu:** Formda çalışmaya katılan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerini ve obstetrik öyküsünü belirlemeye yönelik 9 soru (yaş, çalışma durumu, eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, doğum şekli vb.), annelik rolüne kendini hazır hissetme durumunu ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik 13 soru bulunmaktadır.

**Pharis Özgüven Ölçeği:** Pharis (1978) tarafından geliştirilen ölçeğin Walker (1986) tarafından yapılan bir çalışmada iç tutarlılığı 0,71-0,91 arasında bulunmuştur (13,14). Çalışır (2003) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,86-0,85 arasında olduğu belirlenmiştir (15). 13 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçüm aracı olan bu ölçek bebeğin günlük bakımı hakkında ebeveynin kendine olan güven duygularını ölçer. Ölçeğin uygulanması sırasında katılımcılardan her bir ifadeyi dikkatle okumaları ve "1=Hiç", "2=Katılmıyorum", "3=Kararsızım", "4=Kısmen Katılıyorum", "5=Tamamen" seçeneklerinden birini işaretlemeleri, hiçbir seçeneği boş bırakmamaları istenir. Pharis Özgüven Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan 65'dir. Ölçekten alınan puanın artması, ebeveynlerin

bebek bakımı konusunda yüksek özgüvene sahip oldukları şeklinde yorumlanır. Bu çalışmada annelerin ölçek puanlarının Cronbach Alpha katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

**Verilerin Analizi:** Veriler bilgisayarda SPSS 16.0 paket programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiş, tanımlayıcı istatistiksel analizler (frekans dağılımı, ortalama, standart sapma), Ki-kare testi, one way anova, independent t test olarak sunulmuştur.

### Bulgular

Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalamaları  $26,8 \pm 5,4$ 'dür. Kadınların %94,5'i ev hanımı, %35'i ilkökul mezunudur. %56,8'i ekonomik durumunu orta düzey olarak değerlendirmekte olup %24'ü köyde yaşamakta il merkezi dışında,

**Tablo 1.** Kadınların bebek sahibi olmaya yükledikleri anlam ve kendilerini annelik rolüne hazır hissetme durumlarına göre dağılımı (n=183)

Yanıtlar	Sayı	%
<b>Bebek sahibi olmak sizin için ne anlam ifade ediyor?</b>		
Mutluluk	118	90,7
Huzur	26	14,2
Aile olmaya geçiş	17	9,3
Sorumluluk	13	7,1
Özgüven	6	3,3
Üzüntü	3	1,6
<b>Kendinizi annelik rolüne hazır hissediyor musunuz?</b>		
Evet, kendimi anne olmaya hazır hissediyorum.	166	90,7
Hayır, kendimi anne olmaya hazır hissetmiyorum.	4	2,2
Kararsızım, karışık duygular içerisindeyim	13	7,1
Toplam	183	100,0

**Tablo 2.** Kadınların bazı özelliklerine göre annelik rolüne hazır hissetme durumlarının dağılımı (n=183)

Özellikler	Annelik rolüne hazır hissetme durumu								
	Evet		Hayır		Kararsızım		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Değişkenler</b>									
Gebeliğin planlı olma durumu									
Planlı gebelik	136	81,9	2	50,0	6	46,2	144	78,7	* $\chi^2:11,2$ p<0,05
Plansız gebelik	30	18,1	2	50,0	7	53,8	39	21,3	
<b>Eş İlişkisi</b>									
İyi	156	94,0	2	50,0	11	84,6	169	92,3	** $\chi^2:11,8$ p<0,05
Kötü	10	6,0	2	50,0	2	15,4	14	7,7	
Sosyal Desteklerini									
<b>Yeterli Bulma Durumu</b>									
Yeterli	107	64,5	1	25,0	5	38,5	113	61,7	*** $\chi^2:11,1$ p<0,05
Yetersiz	59	35,5	3	75,0	8	38,3	70	38,3	

%35,5'i geniş aileye sahip olduğu, %67,8'inin primipar olduğu belirlenmiştir. Tablo 1'de kadınların bebek sahibi olmaya yükledikleri anlam ve kendilerini anne olmaya hazır hissetme durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre, kadınların "Bebek sahibi olmak sizin için ne anlam ifade ediyor" sorusuna verdikleri yanıtlar %64.5 mutluluk, %14.2'si huzur, %9.3'ü anne / aile olma, %7.3'ü sorumluluk, %3.3'ü güven duygusu olarak sıralanmıştır. Kadınların %90.7'si kendilerini annelik rolüne hazır hissettiklerini ifade etmiş, %7.1'i karışık duygular yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 2'de kadınların bazı özelliklerine göre annelik rolüne hazır hissetme durumlarının dağılımı verilmiştir. Tabloya göre, kadınların kendilerini annelik rolüne hazır hissetmeleri ile gebeliğin planlı olması, sosyal desteklerin yeterli olması ve pozitif eş ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Özgüven Ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 13, en yüksek puan 65'dir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça kadınların annelik rolüne ilişkin özgüven düzeylerinin de arttığı kabul edilmiştir.

Tablo 3. Doğum sonu dönemdeki kadınların Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamaları	
Pharis özgüven ölçeği	X ± SD
	50.2 ± 9.5

Çalışmamızdaki kadınların Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalaması  $50.2 \pm 9.5$  olduğu belirlenmiştir. Tablo 4'de kadınların bazı özelliklerine göre pharis özgüven ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Tabloya göre, doğum şekli, gebeliğin planlı olma durumu, eş ilişkisi, sosyal desteklerini yeterli bulma durumu ile Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Bununla birlikte kendisini annelik rolüne hazır hissettiğini ifade eden kadınların Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamalarının kendisini annelik rolüne hazır hissetmediğini ifade eden ve kararsız olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

### Tartışma

Annelik rolünün kazanılması bir bebeğe sahip olma hayalinin kurulması ve buna karar verme süreci ile başlayan, gebelik boyunca bir bebeğe hayat verme duygusu ile pekiştirilen, bir öğrenme ve deneyimleme sürecidir. Doğum sonu dönem, bu süreç içerisinde önemli bir yer tutmaktadır (16). Çünkü bu dönemde, anne – bebek etkileşimleri şekillenmekte, anne bebeğini algılamakta, fiziksel ve emosyonel gereksinimlerini karşılama çabası içerisine girmektedir. Bununla birlikte kadınlar yine bu dönemde; yeni rollerini öğrenmek, bebek bakımını vermek (emzirme, banyo yaptırma, giydirme vb.), güvenli bir çevre oluşturmak gibi sorumluluklarla baş etmek

Tablo 4. Doğum sonu dönemdeki kadınlara ait bazı değişkenler ile Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Değişkenler	Pharis Özgüven Ölçeği X±SD	p
<b>Annelik rolüne hazır hissetme durumu*</b>		
Evet, kendimi anne olmaya hazır hissediyorum.	51,0 ± 8,9	0,001
Hayır, kendimi anne olmaya hazır hissetmiyorum.	43,0 ± 6,1	
Kararsızım, karışık duygular içerisindeyim	42,1 ± 13,7	
<b>Doğum şekli**</b>		
Normal doğum	49,8 ± 9,7	0,255
Sezaryen doğum	51,8 ± 8,7	
<b>Gebeliğin planlı olma durumu**</b>		
Planlı gebelik	50,1 ± 9,4	0,837
Plansız gebelik	50,5 ± 10,1	
<b>Eş ilişkisi**</b>		
İyi	50,3 ± 9,3	0,826
Kötü	49,7 ± 12,9	
<b>Sosyal desteklerini yeterli bulma durumu**</b>		
Yeterli	51,0 ± 9,6	0,373
Yetersiz	49,6 ± 9,9	

\*One Way Anova Testi, \*\*Independent t test

zorunda kalmaktadır (17). Birçok kadın tüm bu sorumluluklar karşısında çoğu zaman öğrenilmiş bir takım davranışları sergileyerek yeni durumla başedebilirken bir çoğu ise yeni rollerine hazır olma ve bu rollerinin gereğini yerine getirme, bebeğin bakım gereksinimlerini karşılama noktasında yeterliliklerini sorgulayabilmekte ve özgüven problemleri yaşayabilmektedir (18,19). Bu dönemde annelerin kaygılarının giderilmesi ve bebek bakımına ilişkin özgüvenlerinin artırılmasında bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması son derece önemlidir. Literatürde yapılan pek çok araştırma anne kimliğini kazanma ve annelik rolüne erişmede sosyal destek ve sosyal stres gibi çevresel faktörlerin önemli etkiler yaptığını ortaya koymaktadır (5, 20, 21, 22). Çalışmamızda sosyal desteklerini yeterli bulan kadınların kendilerini annelik rolüne daha hazır hissettikleri belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Sosyal destek subjektif, tanımlanması oldukça zor ve kompleks bir kavramdır. Bununla birlikte, bilgilendirici, empatik, teşvik edici, gerçekçi ve yetkinlik tanıyan tüm yaklaşımlar sosyal destek kavramı içerisinde ele alınmaktadır (5). Literatürde güçlü sosyal desteklere sahip olma, anne-bebek ilişkisini güçlendiren, yabancılaşma duygusunu azaltan, kadının annelik rolüne erişmesini kolaylaştıran ve anne olma sürecini sarsıntısız geçirmeye katkı sağlayan bir faktör olarak kabul edilmektedir (20, 22).

Eş ilişkisi, kadınların yeni rollerine uyumlarını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Tek ebeveynlik, partner yokluğu ve negatif eş ilişkisi gibi faktörler maternal role erişmeyi ve annelik rolüne uyum sağlamayı güçleştirmektedir (5). Çalışmamızda pozitif eş ilişkisine sahip kadınların kendilerini annelik rolüne daha hazır hissettikleri belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Keating-Lefler and Wilson (2004) tarafından yapılan çalışmada ilk kez anne olan, bekar ve / veya partnersiz kadınların anne olmayı "sözde" mutlu bir olay olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınlar anne olmayı kendisi ve bebeği için güvenli bir çevre oluşturma çabasının arttığı, otonominin ve hayallerin kaybına neden olan bir durum olarak gördükleri belirlenmiştir (21). Çalışmamızda, annelerin Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamaları ile kendisini annelik rolüne hazır hissetme durumu, doğum şekli, gebeliğin

planlı olma durumu, eş ilişkisi ve sosyal desteklerini yeterli bulma arasındaki ilişki tartışılmıştır. Buna göre, kendisini annelik rolüne hazır hisseden kadınların Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Diğer değişkenler ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Özkan ve Polat (2010) tarafından yapılan çalışmada annelerinin eğitim durumu, ekonomik durumu, aile tipi, evlilik süresi, sahip olduğu bebeğin cinsiyetinin ve gebeliğin planlı olma durumunun annelerin özgüvenini etkilemediği ( $p > 0,05$ ) belirlenmiştir (23). Warren (2005), psikososyal destek ile maternal özgüven arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (24). Bir diğer çalışmada ise yenidoğan bakımıyla ilgili özgüven ve yetenek yükseldikçe maternal kaygının azaldığı saptanmıştır (25).

### Sonuç

Kadınların annelik rolüne hazırlanmasında ve bebek bakımına dair özgüvenlerinin artırılmasında gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan bireyselleştirilmiş ebelik / hemşirelik bakımına gereksinimleri bulunmaktadır. Aileyi, anneyi ve bebeği merkeze alan özenli ve çok yönlü bakım süreci, kadının annelik rolüne hazıroşluluğunun ve yenidoğan bakımına dair özgüveninin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

**İletişim:** Dr. Funda Evcili

**E-posta:** fundaevcilil@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Wiegers T. Adjusting to Motherhood Maternity Care Assistance during the Postpartum Period: How to Help New Mothers Cope. Neonatal Nurses Association 2006; 12: 163-171.
2. Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care- What's new?. Curr Opin Obstet Gynecol 2007; 19:561-567.
3. James DC. Postpartum Care. (in) Simpson KR, Creehan A.(Eds). Perinatal Nursing. Lippincott Third Edition, Philadelphia, 2008:473-475.
4. Chapman L, Durham R. Maternal-Newborn Nursing: The Critical Components of Nursing Care. Philadelphia:FA Davis. 2010.
5. Fouquier KF. State of the science: does the theory of maternal role attainment apply to African American motherhood?. J Midwifery Womens Health 2013; 58(2):203-10.
6. Rubin R. Maternal Identity and the Maternal Experience. NewYork: Springer; 1984.



7. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh.* 2004; 36(3):226-232.
8. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing* 2003; 32:465-477.
9. Lieu TA, Braveman PA. A Randomized Comparison of Home and Clinic Follow-Up Visits After Early Postpartum Hospital Discharge – Part I. *Pediatrics* 2000; 105(5):1058-1065.
10. O'Connor K, Mowat DL, Scott HM. A Randomized Trial of Two Public Health Nurse Follow-up Programs After Early Obstetrical Discharge. *Canadian Journal of Public Health* 2003; 94(2):98-104.
11. Norr KF, Crittenden KS, Lehrer EL, Reyes O, Boyd CB, Nacion KW, Watanabe K. Maternal and infant outcomes at one year for a nurse-health advocate home visiting program serving African Americans and Mexican Americans. *Public Health Nursing* 2003; 20:190–203.
12. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. 2009 (Review)
13. Pharis ME. Age and Sex Differences in Expectations for Infants and Parenting Among Couples in a First Pregnancy and Among University Students. University of Texas at Austin, 1978.
14. Walker LO, Crain H, Thompson E. Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. *Nurs Res* 1986; 35(2): 68-71.
15. Çalışır H. İlk kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2003.
16. Evcili F, Abak G, Tali B, Yurtsal B. Erken Postpartum Dönemde Bulunan Lohusaların Anne - Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2014; 23(4):138-145.
17. Şeker S. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2006.
18. Foster R, Hunsberger M, Anderson J. Family-Centered Nursing Care of Children. WB Saunders Company, Philadelphia, 1990.
19. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14: 54-58.
20. Pomerleau A, Scuccimarri C, Malcuit G. Mother-infant behavioral interactions in teenage and adult mothers during the first six months postpartum: relations with infant development. *Infant Mental Health J.* 2003; 24(5):495-509.
21. Keating-Lefler R, Wilson ME. The experience of becoming a mother for single, unpartnered, Medicaid-eligible, first-time mothers. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(1):23-29.
22. Becker D, Liddle HA. Family therapy with unmarried African American mothers and their adolescents. *Family Process* 2001; 40(4):413-427.
23. Özkan H, Polat S. Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. *Asian Nursing Research* 2011;5(2):108-117.
24. Warren LP. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *J Adv Nursing* 2005 Jun; 50(5):479-88.
25. Liu CC, Chen YC, Yeh YP, Hsieh YS. Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *J Adv Nursing* 2012 Apr; 68(4):908-18.



Mahmut Karatay<sup>1</sup>, Dr. Gülnaz Karatay<sup>2</sup>, Dr. Nazan Gürarslan Baş<sup>3</sup>, Kazım Baş<sup>4</sup>

Geliş/Received : 18.10.2016

Kabul/Accepted : 12.06.2017

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinin flört şiddetine ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

**Metod:** Çalışma, 2015-2016 öğretim yılı bahar döneminde bir devlet üniversitesinde öğrenim gören ve Kredi Yurtlar Kurumuna bağlı bir öğrenci yurdunda kalan 300 erkek ve 200 kız öğrenci ile yürütüldü. Veriler, 23 sorudan oluşan anket formu kullanılarak toplandı. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package of Social Sciences) veri tabanında sayı, yüzdeler ve ki-kare önemlilik testi kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** Yaş ortalaması  $22,09 \pm 2,29$  olan öğrencilerin, %51,8'i çocukluk çağında şiddete maruz kaldığını, %37,8'i sık sık tanıklık ettiğini, %28,6'sı flört şiddetine maruz kaldığını, %22,1'i partnerine şiddet uyguladığını, %13,9'u şiddet yüzünden biten duygusal bir ilişkisi olduğunu ifade etti. Öğrenci tutumları incelendiğinde kadınlarda şiddetle ilgili farkındalığın erkeklerden yüksek olduğu; aynı zamanda ihmal etme, alay etme, takip etme, sosyal yaşamı kısıtlama, aldatma ve kıskanma gibi davranışların erkekler tarafından daha az şiddet davranışı olarak algılandığı görüldü. Ayrıca geçmişte şiddete maruz kalma ve şiddete tanıklık etme ile partnerine şiddet uygulama davranışı arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Üniversite öğrenci grubunda, flört şiddeti farkındalığı düşük olup, partnerine şiddet uygulama davranışının ise önemli boyutlarda olduğu görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Davranış, Flört şiddeti, Gençlik, Tutum

### Abstract

**Aim:** The aim of this study is to assess the attitudes and behaviours of the university students towards dating violence.

**Method:** The study was conducted among female ( $n = 200$ ) and male ( $n = 300$ ) students studying at a public university and staying a dormitory of Students Loans and Dormitories Institution during 2015-2016 academic year's spring semester. A questionnaire consisting of 23 questions was used to collect the data. The obtained data were analysed by using numbers, percentages and chi-square test in SPSS database.

**Findings:** The average age of the students was  $22,09 \pm 2,29$ , 51,8% were exposed to the violence during childhood, 37,8% frequently witnessed violence during childhood, 28,6% were exposed to the violence of intimate partners, 22,1% committed violence against their intimate partners, and 13,9% reported a relationship that ended because of the violence. When the attitudes of the students were examined, it was seen that, in general, the females' awareness of violence was higher than that of the males; also, certain behaviours such as neglect, mocking, tracking, restricting social life, cheating and jealousy were less considered as violent behaviours by males than by females. Besides, it was observed that there was a significant relationship between previous exposure to violence, witnessing violence in childhood and dating violence practice ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** Among the university student group, the awareness of dating violence was low and the extent of violent behaviours against partner was significant.

**Key words:** Behaviour, Dating violence, Youth, Attitude

1 Öğr.Gör.; Munzur Ü. Meslek Yüksekokulu Çocuk Bakımı ve Gençlik Hizmetleri Bölümü, Tunceli

2 Doç.; Munzur Ü. Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Tunceli

3 Yrd. Doç.; Munzur Ü. Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Tunceli

4 Öğr.Gör.; Munzur Ü. Meslek Yüksekokulu Çocuk Bakımı ve Gençlik Hizmetleri Bölümü

## Giriş

Şiddet, küresel düzeyde ve ülkemizde sıkça tartışılan olgulardan biridir. Ancak çoğunlukla aile kurumuna, evliliğe ve aşırı düzeyde fiziksel şiddete indirildiği için, diğer şiddet türleri, gerek yasal zeminde gerekse kamuoyu nezdinde yeterince dikkat çekmemektedir. Oysa aile içi şiddet, evliliğe temel oluşturan flört aşamasında başlayabilmektedir. Dolayısıyla şiddetin meşrulaştığı zeminlerden biri de, evlilik öncesi dönemde romantik ilişki sırasında ortaya çıkan flört şiddetidir (1).

Flört şiddeti, romantik ilişki içinde partneri kontrol etmeye yönelik, istismar edici ve agresyon içeren sözel, fiziksel, duygusal ve seksüel davranışları ya da bunların kombinasyonunu içerir (1). Bütün sosyoekonomik ve kültürel gruplarda ortaya çıkabilen flört şiddeti kısa ve uzun dönem sonuçları itibarıyla, özellikle kadınlar daha fazla olmak üzere, gençlerin sağlığını tehdit eden önemli bir toplumsal ve cinsiyet eşitsizliği sorunudur (2).

Flört şiddetinin fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile sağlığı bozucu etkileri bulunmaktadır. Flört şiddetine maruz kalan bireylerde öz saygıda azalma, post-travmatik stres bozukluğu, madde kullanımında artış, depresyon, intihar riski, yeme bozuklukları, riskli seksüel davranışlara yönelim gibi birçok sorun ortaya çıkabilmektedir (3, 4). Özellikle flört ilişkisinde seksüel saldırıya maruz kalan bireylerde anksiyete, depresyon ve intihar düşüncesi daha fazla görülebilmektedir. Diğer yandan okula devam eden geçlerde derslere devam sorunları ve okul başarısında düşüş flört şiddetinin diğer sonuçları arasındadır (5).

Flört şiddetinin en fazla 16-24 yaş aralığında gerçekleştiği ifade edilmektedir (6). Dolayısıyla duygusal ilişkilerin arttığı üniversite yılları, flört şiddeti açısından riskli dönemi oluşturmaktadır (2). ABD’de yapılan bir çalışmada üniversitede öğrenim gören yaklaşık her beş kız öğrenciden biri romantik ilişkisinin bitme döneminde flört şiddetine maruz kaldığını, %30’u ise maruz kaldığı bu şiddeti kimseyle paylaşmadığını ifade etmiştir (7). 21 ülkeyi ve 16000 üniversite öğrencisini kapsayan başka bir çalışmada ise fiziksel flört şiddeti %30 düzeyinde olduğu bildirilmiştir (8). Türkiye’de ise Toplu ve

Hatipoğlu-Sümer (2011)’in çalışmasında kız öğrencilerin %46.0’ının erkek öğrencilerin ise %34.7’sinin yaşamlarında en az bir kez fiziksel flört şiddetine, kız öğrencilerin %85.2’sinin erkek öğrencilerin %75.6’sının psikolojik flört şiddetine maruz kaldığı görülmüştür (9). Ancak bu şiddet türü romantik ilişki sürecinin normal bir parçası olmayıp, bazı kişilerin flört şiddetine daha yatkın olduğu bilinmektedir.

Gençlerin flört şiddetine ilişkin tutum ve davranışları bazı değişkenlerden etkilenmektedir. Literatürde, çocukluk döneminde şiddete maruz kalınması veya tanıklık edilmesi, madde kullanımı, bireyin geçmişte istismar öyküsünün olması, fiziksel ya da psikolojik sorunların varlığı, yaşın genç olması, erken cinsel deneyimler gibi faktörler flört şiddetine yatkınlığı artıran faktörler arasında gösterilmektedir (10). Diğer yandan kültürel rol kalıpları doğrultusunda erkekliğin üstün bir cins olarak görülmesi ve romantik ilişkiyi başlatma ya da bitirme hakkının büyük ölçüde erkeğe ait olarak görülmesi gibi keskin yargılar, flört şiddetini artıran kültürel etkenler arasındadır. Belirtilen bu risk faktörleri şiddet uygulama potansiyelini artırabildiği gibi aynı zamanda şiddet mağduru olma olasılığını da artırmaktadır.

Türkiye’de farklı kültürel gruplarda flört şiddetinin boyutları yeterince bilinmemektedir. Türkiye’nin doğusunda flört şiddetine ilişkin veriler daha sınırlıdır. Oysa gençlerde şiddete ilişkin koruyucu önlemler alınabilmesi için aralarında yasal bağ olmayan bireyler arasında gerçekleşen şiddet türlerinden biri olan flört şiddetine ilişkin verilere ihtiyaç vardır. Bu tür çalışmalar aile içi şiddeti de hazırlayan faktörlerden biri olan flört şiddetine ilişkin sorunların saptanmasına ve farkındalık geliştirilmesine katkı sunulabilir. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı, bir devlet üniversitesinde öğrenim gören öğrencilerin flört şiddetine ilişkin tutumlarını, davranışlarını ve etkileyen bazı değişkenlerle ilişkisini belirlemektir.

## Gereç ve Yöntem

**Araştırmanın Türü:** Bu çalışma, kesitsel türden bir çalışma olarak planlandı.

**Araştırmanın evren ve örnekleme:** Araştırmanın evrenini, Türkiye’nin doğusunda bir il merkezinde bulunan Kredi Yurtlar Kurumuna bağlı bir öğrenci yurdunda kalan ve bir devlet üniversitesinde

öğrenim gören kız (N=950) ve erkek (N=300) öğrenciler oluşturdu. 22-25/03/2016 tarihleri arasında ulaşabildiğimiz ve çalışmaya katılmaya istekli olan öğrenciler örneklem kapsamına alındı. Bu doğrultuda erkek öğrenci yurdundan 200 (%66,6), kız öğrenci yurdundan 300 (%31,6)

öğrenci olmak üzere toplam 500 (% 40) öğrenciye ulaşıldı. Ancak soruların 1/3'ünden fazlasına yanıt vermeyen 27 öğrencinin soru formu değerlendirmeye alınmadı ve çalışma 473 öğrenci ile tamamlandı.

**Tablo 1.** Bazı tanımlayıcı özellikler (N=473)

	n	%
<b>Yaş(Ort ±SS: 22,09±2,29) (Min; 18, Max; 38) (n=464)*</b>		
18-24	410	88,4
25 ve üzeri	54	11,6
<b>Cinsiyet (n=472)*</b>		
Kadın	299	63,4
Erkek	173	36,6
<b>Öğrenim tipi (n=431)*</b>		
Birinci Öğretim	286	66,4
İkinci Öğretim	145	33,6
<b>En uzun süre yaşanan bölge (n=473)*</b>		
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	254	53,7
Doğu Anadolu Bölgesi	100	21,1
Akdeniz Bölgesi	51	10,8
Ege Bölgesi	15	3,2
Marmara Bölgesi	22	4,7
Karadeniz Bölgesi	11	2,3
İç Anadolu Bölgesi	20	4,2
<b>Aile tipi (n=469)*</b>		
Çekirdek	280	59,7
Geniş	167	35,6
Parçalanmış	22	4,7
<b>Kardeş sayısı (n=467)*</b>		
1-3	136	29,1
4-6	175	37,5
7 ve üzeri	156	33,4
<b>Gelir durumunu algılama(n=468)*</b>		
Gelir Giderden Az	156	33,3
Gelir Gideri Karşılıyor	268	57,1
Gelir Giderden Fazla	44	9,4
<b>Sigara kullanma durumu(n=471)*</b>		
Kullanıyorum	143	30,4
Kullanmıyorum	328	69,6
<b>Alkol kullanma durumu(n=472)*</b>		
Hiç kullanmadım	257	54,3
Sadece denedim	75	16,1
Ara sıra kullanıyorum	111	23,5
Sık sık kullanıyorum	29	6,1
<b>Diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanma durumu(n=470)*</b>		
Hiç kullanmadım	409	86,7
Sadece denedim	46	9,7
Ara sıra kullanıyorum	15	3,2
Sık sık kullanıyorum	2	0,4

\*Cevap verenleri kapsamaktadır.

**Veri toplama araçları ve uygulanması:**

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan "Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddetine İlişkin Tutum ve Uygulamaları Soru Formu" kullanılarak toplandı. Soru formunda 23 soru yer almaktaydı. Soru formunun ilk 12 sorusu sosyo-demografik özelliklere, diğer soruları ise öğrencilerin flört şiddetine ilişkin tutum ve davranışlarını ölçmeye ilişkin sorulardan oluşmaktaydı. Asıl uygulamaya geçmeden önce başka bir yurttan kalan 10 üniversite öğrencisi üzerinde ön uygulama yapıldı ve soru formuna son şekli verildi. Araştırma verileri anket yöntemi

ile toplandı. Çalışmanın verileri ön eğitimden geçirilen anketörler tarafından akşam saatlerinde, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Her bir görüşme ortalama 10-15 dakika sürdü.

**Veri Analizi:** Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar destekli SPSS (Statistical Package of Social Sciences) paket programına aktarıldı. Sosyo-demografik özellikler ve flört şiddetiyle ilgili bazı tutum ve davranışlara yüzdelikler yardımıyla, flört şiddetine ilişkin bazı tutum ve davranışların cinsiyet ve bazı değişkenlerle ilişkisine ki-kare önemlilik testi kullanılarak karar verildi.

**Tablo 2.** Katılımcıların şiddete maruz kalma ve şiddet uygulama durumlarının dağılımı (N=473)

	n	%
<b>Çocukluk çağında şiddete maruz kalma durumu(n=462)*</b>		
Maruz kalan	240	51,8
Maruz kalmayan	222	47,9
<b>Çocuklukta şiddet görme sıklığı (n=235)*</b>		
Bazen	208	88,5
Sık sık	27	11,5
<b>Çocukken şiddete sık sık tanıklık etme durumu(n=462)*</b>		
Tanıklık eden	179	38,7
Tanıklık etmeyen	283	61,3
<b>En az bir kez flört şiddetine maruz kalma durumu(n=468)*</b>		
Maruz kalan	134	28,6
Maruz kalmayan	334	71,4
<b>Duygusal ilişkisinde maruz kaldığı şiddet türleri (n=299)**</b>		
Fiziksel şiddet	40	13,4
Sözel şiddet	92	30,8
Duygusal şiddet	127	42,5
Ekonomik şiddet	19	6,4
Cinsel şiddet	21	7,1
<b>Duygusal ilişkisinde partnerine şiddet uygulama durumu(n=467)*</b>		
Evet	103	22,1
Hayır	364	77,9
<b>Şiddet gören partnerin tepkisi (n=127)*</b>		
Tepki vermedi	34	26,8
Küstü sonra gönlünü aldım	43	33,9
O da bana şiddet uyguladı	26	20,5
İlişkiyi bitirdi	20	15,7
Diğer	4	3,1
<b>Şiddet yüzünden biten duygusal ilişkisi (n=440)*</b>		
Var	61	13,9
Yok	379	86,1
<b>Çevresinde gördüğü flört şiddetine tepkisi (n=452)*</b>		
Kendi özel meseleleridir, karışmam	152	32,2
Müdahale ederim	211	44,6
Kolluk kuvvetlerine haber veririm	55	11,6
Arbuluculuk yapmaya çalışırım	55	11,6

\*Cevap verenleri kapsamaktadır \*\*Birden fazla cevap verilmiştir

**Tablo 3.** Katılımcıların cinsiyete göre flört şiddetine ilişkin tutumları

Tutumlar	Şiddettir		Şiddet değildir		Toplam		Önemlilik testi
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tokat atmak</b>							X=9,130
Kadın	293	98,7	4	1,3	297	63,3	Sd=1
Erkek	159	93,5	11	26,7	170	36,4	P=0,004
Toplam	458	96,8	15	3,2	467	100,0	
<b>İhmal etmek</b>							X=22,709
Kadın	176	61,5	110	38,5	286	62,9	Sd=1
Erkek	65	38,5	104	61,5	169	37,1	P=0,001
Toplam	241	53,0	214	47,0	455	100,0	
<b>Cinsel ilişkiye zorlamak</b>							X=8,352
Kadın	294	99,3	2	0,7	296	63,5	Sd=1
Erkek	162	95,3	8	4,7	170	36,5	P=0,006
Toplam	456	97,9	10	2,1	466	100,0	
<b>Alay etmek</b>							X=6,948
Kadın	230	79,3	60	20,7	290	63,5	Sd=1
Erkek	114	68,3	53	31,7	167	36,5	P=0,006
Toplam	344	75,3	113	24,7	457	100,0	
<b>Tehdit etmek</b>							X=3,921
Kadın	280	95,2	14	4,8	294	63,5	Sd=1
Erkek	153	90,5	16	9,5	169	36,5	P=0,039
Toplam	433	93,5	30	6,5	463	100,0	
<b>Kararlarında özgür bırakmamak</b>							X=1,050
Kadın	260	90,0	29	10,0	289	63,4	Sd=1
Erkek	155	92,8	12	7,2	167	36,6	P=0,197
Toplam	415	91,0	41	9,0	456	100,0	
<b>Takip etmek</b>							X=38,552
Kadın	231	79,9	58	20,1	289	63,7	Sd=1
Erkek	86	52,1	79	47,9	165	36,3	P=0,001
Toplam	317	69,8	137	30,2	454	100,0	
<b>Sosyal yaşamı kısıtlamak</b>							X=7,436
Kadın	252	86,6	39	13,4	291	63,5	Sd=1
Erkek	128	76,6	39	23,4	167	36,5	P=0,005
Toplam	380	83,0	78	17,0	458	100,0	
<b>Aldatmak</b>							X=8,416
Kadın	257	88,9	32	11,1	289	63,5	Sd=1
Erkek	131	78,9	35	21,1	166	36,5	P=0,003
Toplam	388	85,3	67	14,7	455	100,0	
<b>Kıskanmak</b>							X=13,141
Kadın	133	46,7	152	53,3	285	63,1	Sd=1
Erkek	49	29,3	118	70,7	167	36,9	P=0,001
Toplam	182	40,3	270	59,7	453	100,0	
<b>Görüşeceği kişilere karar vermek</b>							X=0,357
Kadın	246	85,4	42	14,6	288	63,3	Sd=1
Erkek	146	87,4	21	12,6	167	36,7	P= 0,327
Toplam	392	86,2	63	13,8	455	100,0	

**Etik Boyut:** Çalışmanın yapılabilmesi için Kredi Yurtlar Kurumu Müdürlüğü'nden gerekli kurumsal izin, öğrencilerden de sözel izin alındı.

### Bulgular

Bir Devlet Üniversite'sinde öğrenim gören öğrencilerin flört şiddetine maruz kalma durumlarının araştırıldığı bu çalışmada elde edilen bulgular, katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerini, flört şiddetine ilişkin tutum ve davranışlarını, ayrıca bu tutum ve davranışların bazı değişkenlerle ilişkisini kapsamaktadır.

Yaş ortalaması  $22,09 \pm 2,29$  olan katılımcıların %88,4'ünün 18-24 yaş aralığında olduğu ve %63,3'ünün kadınlardan oluştuğu görüldü. Katılımcıların %66,4'ü birinci öğretim öğrencilerin oluşmakta olup, büyük çoğunluğu en uzun süreli olarak Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşadığını, %35,6'sı geniş aile tipine sahip olduğunu, %33,4'ü yedi ve daha fazla kardeşe sahip olduğunu, %33,3'ü gelirinin giderlerini karşılamadığını belirtti. Katılımcıların %30,4'ü sigara, %29,6'sı alkol, %3,6'sı diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullandığını ifade etti.

Katılımcıların %51,8'i çocukluk çağında şiddete maruz kaldığını, %11,5'i belirtilen bu şiddete sık sık maruz kaldığını, %38,7'si çocukken sık sık şiddete tanıklık ettiğini belirtti. Katılımcıların %28,6'sı duygusal ilişkisinde şiddete maruz kaldığını belirtirken, %30,8'i sözel şiddete, %23,8'i duygusal şiddete, %13,4'ü fiziksel

şiddete ve %7,1'i cinsel şiddete maruz kaldığını ifade etti. Katılımcıların %22,1'i duygusal ilişkisinde partnerine şiddet uyguladığını, %26,8'i şiddet uyguladığında partnerinin tepkisiz kaldığını, %15,7'si ise partnerinin ilişkiyi bitirdiğini belirtti. Katılımcıların %13,9'u şiddet yüzünden biten bir ilişkisi olduğunu belirtirken çevresinde bir şiddet olayıyla karşılaşması durumunda, %32,0'ı şiddet davranışına "kendi özel meselesidir, karışmam" şeklinde yaklaştıkları görüldü.

Katılımcıların şiddete ilişkin tutumları verilen ifadeler üzerinden, cinsiyete göre değerlendirildi. Şiddet algısıyla ilgili cinsiyet farklılıklarının "görüleceği kişilere karar verme" ile ilgili ifade hariç ( $p > 0,05$ ) diğer bütün ifadelerde anlamlı olduğu ( $p < 0,05$ ) ve genel olarak kadınların şiddet farkındalığının erkeklerden daha yüksek olduğu görüldü. Özellikle ihmal etmek (Kadın=%61,5, Erkek=%38,5,  $p=0,001$ ), alay etmek (Kadın=%79,3, Erkek=%68,3,  $p=0,006$ ), takip etmek (Kadın=%79,9, Erkek=%52,1,  $p=0,001$ ), sosyal yaşamı kısıtlamak (Kadın=%86,6, Erkek=%76,6,  $p=0,005$ ) aldatmak (Kadın=%88,9, Erkek=%78,9,  $p=0,003$ ), kıskanmak (Kadın=%46,7, Erkek=%29,3,  $p=0,001$ ) gibi davranışların kadınlarla kıyaslandığında erkekler tarafından daha az şiddet davranışı olarak değerlendirildiği görüldü. Diğer yandan özellikle ihmal etmek, takip etmek ve kıskanmak gibi ifadeler, diğer ifadeler ile kıyaslandığında kadınlar tarafından daha az şiddet davranışı olarak görüldü.



Erişim adresi: <https://sanatfilan.com/kadinlar-cinsel-siddeti-konusacak/>

Bu çalışmada katılımcıların flörtüne şiddet uygulama durumunun bazı değişkenlerle ilişkisine bakıldı. Elde edilen verilere göre flörtüne şiddet uygulama davranışı bakımından kadınlar ve erkekler arasındaki fark anlamlı değilken ( $p=0,186$ ), çocukluk çağında şiddete maruz kalanların ( $p=0,001$ ) ve şiddete tanıklık edenlerin ( $p=0,001$ ), alkol ( $p=0,001$ ) ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullananların ( $p=0,001$ ) ve önceki duygusal ilişkisinde şiddete maruz kalanların ( $p=0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazla flört şiddeti uyguladığı görüldü.

### Tartışma

Fiziksel, cinsel ve duygusal şiddet türlerinden birinin ya da bir kaçının bir arada uygulanması ile karşımıza çıkan flört şiddeti gençlerin sağlığını tehdit eden önemli bir toplumsal sorundur.

**Tablo 4.** Katılımcıların partnerine şiddet uygulama durumunun bazı değişkenlerle ilişkisi

	Partnerine şiddet uygulama durumu				Toplam		Önemlilik testi
	Uygulayan		Uygulamayan				
	n	%	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	70	23,6	227	76,4	297	63,7	X=1.022
Erkek	33	19,5	136	80,5	169	36,3	Sd=1
Toplam	103	22,1	363	77,9	466	100,0	P=0.186
<b>Çocuklukta şiddete maruz kalma</b>							
Kalan	68	28,7	169	71,3	237	51,9	X=12,424
Kalmayan	33	15,0	187	85,0	220	48,1	Sd=1
Toplam	101	22,1	356	77,9	455	100,0	P=0.001
<b>Çocukken şiddete tanıklık etme</b>							
Ettim	56	31,5	122	68,5	178	38,9	X=15,810
Etmedim	44	15,7	236	84,3	280	61,1	Sd=1
Toplam	100	21,8	385	78,2	458	100,0	P=0.001
<b>Alkol Kullanma durumu</b>							
İçmiyorum	38	15,1	214	84,9	252	54,0	X=16.545
Sadece denedim	20	26,3	56	73,7	76	16,3	Sd=2
İçiyorum	45	32,4	94	67,6	139	29,8	P=0.001
Toplam	103	22,1	364	77,9	467	100,0	
<b>Madde kullanma durumu</b>							
Kullanmadım	81	20,0	324	80,0	405	86,7	X=8,356
Sadece denedim	15	32,6	31	67,4	46	9,9	Sd=2
Kullanıyorum	7	43,8	9	56,3	16	3,4	P=0.015
Toplam	103	22,1	346	77,9	467		
<b>Önceki duygusal ilişkisinde şiddete maruz kalma</b>							
Kaldım	69	51,1	65	48,5	134	28,9	X=463
Kalmadım	33	10,0	296	90,0	329	71,1	Sd=1
Toplam	102	22,0	361	78,0	463	100,0	P=0.001

Çoğunluğu 18-24 yaş aralığında yer alan üniversite gençlerinde oluşan bu gruptan elde edilen bulgular gençlere yönelik programlar oluşturulurken flört şiddetinin mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiğine işaret etmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre gençlerin yarısından biraz fazlası şiddete maruz kaldığını, 1/3'ünden fazlası çocukken çevresinde şiddete tanıklık ettiğini, şiddete maruz kalanların ise yaklaşık 1/10' u sık sık şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Benzer şekilde katılımcıların 1/3'üne yakını flört ilişkisinde en az bir kez şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Maruz kalınan

şiddet türleri arasında duygusal ve sözel şiddet en yaygın olarak karşımıza çıkarken, öğrencilerin az bir kısmı ise cinsel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Bu sonuçlara göre, ilişkiyi güç kullanarak sürdürmek, davranışları baskı altına tutmak ve denetlemek, cinsel deneyime zorlamak, aşağılamak, kısıtlamak gibi farklı biçimlerde karşımıza çıkabilen flört şiddeti üniversite gençliğinde önemli bir sorundur. Ankara'da hemşirelik öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada birinci sınıf öğrencilerinin %18'i, dördüncü sınıf öğrencilerinin %40,1'i ve genel olarak da araştırmaya katılan bütün öğrencilerin %28,6'sı flört şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (11). Flört Şiddeti Araştırma Merkezi (1) verilerine göre, üniversite öğrencilerinin %32'sinin önceki





Erişim adresi: <https://www.azizilaw.com/domestic-violence-awareness-month/>

ilişkisinde, %21'inin ise son ilişkisinde şiddete maruz kaldığı, %12'sinin tamamlanmış tecavüze, %35'ininde tecavüz girişimine maruz kaldığı ifade edilmiştir. CDC (Centers For Disease Control and Prevention) (2011) verilerine göre ABD'de her 6 kadından biri (%16,2) ve her 19 erkekten biri (%5,5) partneri tarafından takip edilmiş, her 10 kadından biri yakın ilişkisinde tecavüze, her dört kadından ve her yedi erkekten biri ise birden fazla sayıda fiziksel şiddete maruz kalmıştır (12). Hem kadınların hem de erkeklerin çoğunluğu bu olumsuz deneyimleri 25 yaşından önce yaşadığını ifade etmiştir (7). Karabulutlu'nun çalışmasında (13) hemşirelik bölümünde öğrenim gören kız öğrencilerin %18,4'ü, erkek öğrencilerin ise %17,4'ü fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bu son çalışmada flört şiddetine maruz kalma oranları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir ancak cinsel şiddete maruz kalma oranları, Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara benzer olarak (14), CDC verilerinden (12) daha düşüktür. Bu durumun, cinsel deneyimler ve ifadesiyle ilgili kültürel norm farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada gençlerin 1/5'e yakını partnerine şiddet uyguladığını ve çoğunluğunda şiddet davranışı sonrasında ilişkinin devam ettiğini, sadece 1/7'si şiddet yüzünden biten bir ilişkinin olduğunu belirtmiştir. Üniversite öğrencisi kadınların şiddete ilişkin görüşlerinin araştırıldığı bir başka çalışmada da, bu çalışmaya benzer olarak, gençlerin cinsiyetçi bakış açısına sahip

olduğu ve çiftler arasında şiddet davranışının yaygın olduğu görülmüştür (15). Santana ve arkadaşlarına göre (16) maskülen değerler ve informal normların, özellikle erkek şiddetini besleyen faktörler arasında olduğu ifade edilmektedir. Şiddete maruz kalan partnerler, şiddetin tekrarlanma korkusu, suçu minimize etme, suçluluk, sosyal ve dinsel stigma, anlaşılma korkusu ve partnere sevgi duyma gibi nedenlerle ilişkiyi sürdürülebilmektedirler (1). Flört şiddetine maruz kalan bireyler tutum olarak çevrelerinde gerçekleşen şiddet eylemlerine de duyarsız kalabilmektedir. Nitekim bu çalışmada katılımcıların çoğunluğu, çiftler arasındaki şiddeti, müdahale edilmemesi gereken özel bir alan olarak tanımlamıştır. Bu tarzda "özel alan" yaklaşımı, üniversite kampüsü gibi kamusal alanda gerçekleşse bile, romantik ilişkide ortaya çıkan şiddete meşruiyet katmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin şiddetle ilgili tutumlarına bakıldığında kadınların farkındalığının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle ihmal etmek, alay etmek, takip etmek, sosyal yaşamı kısıtlamak, aldatmak, kıskanmak gibi ifadeler, erkekler tarafından daha az şiddet davranışı olarak değerlendirilmiştir. Diğer yandan özellikle ihmal etmek, takip etmek ve kıskanmak gibi ifadeler, diğer ifadeler ile kıyaslandığında kadınlar tarafından daha az şiddet davranışı olarak görülmüştür. Japonya da 274 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen bir çalışmada hem kadın hem de erkek öğrencilerin en az yarısı flört şiddetine maruz kaldığını belirtirken, sözel tacizde bulunulması, partnerin davranışlarını kontrol edilmesi ve partnerle korunmasız cinsel ilişkiye girilmesi, cüzdandan izinsiz para alınması gibi davranışlar çoğunluk tarafından şiddet olarak görülmemiştir (17). Bu sonuçlar gençlerde şiddetle ilgili farkındalığın düşük olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamında katılımcıların şiddet uygulama durumlarının bazı değişkenlerle ilişkisine bakılmıştır. Yapılan analizde şiddet uygulama bakımından cinsiyetler arasındaki fark anlamlı değilken, çocuklukta şiddete maruz kalan veya tanıklık eden, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanan, önceki duygusal ilişkisinde şiddete maruz kalan bireylerin partnerine istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazla şiddet uyguladığı görülmüştür. Bu durum şiddetin

öğrenilen bir davranış olduğunu ve diğer problemleri davranışların varlığında daha kolay ortaya çıkabildiğini göstermektedir (18). Smith ve arkadaşlarına göre (19), çocukluk döneminde fiziksel, seksüel şiddete maruz kalma, yetişkinlikte maruz kalınan bu şiddet türlerini başkasına uygulama olasılığını artırmaktadır. İzmir'de eğitim fakültesi öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada, aile içinde şiddete maruz kalanların kalmayanlara göre, şiddete tanık olanların olmayanlara göre yaşam doyumları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (20). Ancak literatürde flört şiddetine ilişkin çalışmalar sınırlı düzeyde olduğundan nedensellik ilişkisi yeterince ortaya konulamamıştır.

### **Sonuç ve Öneriler**

Çalışmada elde edilen bulgulara göre, çalışma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin önemli bir kısmı flört şiddetine maruz kalmış ve flört şiddetine maruz kalanların çoğunluğu ilişkisini

sürdürmüştür. Genel olarak kız öğrencilerin şiddetle ilgili farkındalıkları daha yüksek bulunmuş olup, özellikle ihmal etmek, alay etmek, takip etmek, sosyal yaşamı kısıtlamak, aldatmak, kıskanmak gibi ifadeler erkekler tarafından daha az şiddet davranışı olarak görülmüştür. Çocuklukta şiddete maruz kalan veya tanıklık eden, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanan, önceki duygusal ilişkisinde şiddete maruz kalan bireylerin flörtüne daha fazla başvurdukları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda gençlerin sağlığını koruma ve geliştirmeye ve yaşam becerilerini artırmaya yönelik programlar oluşturulmalı ve özellikle birinci yıl müfredatlarına entegre edilmelidir. Ayrıca üniversite gençliğine hizmet sunan sağlık birimlerinin, programlarına flört şiddetini de entegre etmeleri önerilmektedir.

### **Teşekkür**

Araştırmacılar olarak çalışmada emeği geçen Muhyittin Miçoğlu, Engin Zerenman, Demet Aslan ve Evliya Kütük'e teşekkür ederiz.



Erişim adresi: <http://www.myjoyonline.com/news/2016/july-21st/43-year-old-trader-beaten-to-death-by-husband.php>

**İletişim:** Dr. Gülnaz Karatay

**E-posta:** gkaratay@gmail.com

### Kaynaklar

1. Dating Violence Research Center. "Campus Dating Violence fact sheets"(2002). Accessed March 15, 2017, at <https://www.uvm.edu/police/publicDownloads/Dating.Violence.pdf>.
2. Murray C, Kardatzke K. Dating Violence Among college students: key issues for collage counselors. *Journal Of College Conesaling* 2007;10: 79-89.
3. Holmes K, Sher L. Dating violence and suicidal behavior in adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. 2013;25(3):257-61.
4. Bonomi AE, Anderson ML, Nemeth J, Rivara FP, Buettner C. History of dating violence and the association with late adolescent health. *BMC Public Health*. 2013;10(13):821.
5. Aosved AC, Long PJ. College women's experiences of psychological maltreatment and sexual assault. *Violence and Victims* 2005;20:577-587.
6. Mihçioğur S, Akın A. Flört şiddeti- şiddet'li sevgi. *Sağlık ve Toplum* 2015;25(2):9-15.
7. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization- national intimate partner and sexual violence survey, United States. 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(8):1-18.
8. Chan KL, Straus MA, Brownridge DA, Tiwari A, Leung WC. Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2008;53: 529-537.
9. Toplu E, Hatipoğlu-Sümer Z. Flört ilişkisinde şiddetin yaygınlığı ve türleri. Paper presented at the meeting of the XI. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Selçuk, İzmir, 2011.
10. World Health Organization. "Understanding and addressing violence against women. Intimate Partner violence." (2012). Accessed March 14, 2017, at [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO\\_RHR\\_12.36\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf).
11. Aslan D, Vefikuluçay, Zeyneloğlu S, ve ark. Ankara'da iki hemşirelik yüksek okulunun 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin flört şiddetine maruz kalma, flört ilişkilerinde şiddet uygulama durumlarının ve bu konudaki görüşlerinin saptanması araştırması, (Ankara, 2008). Aktaran Mihçioğur S, Akın A. Flört şiddeti- şiddetli sevgi, *Sağlık ve Toplum* 2015; 25(2): 9-15.
12. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT, Chen J, Stevens MR. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
13. Karabulutlu Ö. Hemşirelik öğrencilerinin şiddet konusundaki görüş ve deneyimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015;2(1);26-36.
14. Yiğitalp G, Ertem M, Özkaynak V. Üniversite öğrencilerinin şiddet konusunda deneyimleri ve bu konudaki görüşleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(2):131-136.
15. Turak P. Women's view on violence in Turkey: a study of female university students in Turkey. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2001;8(1):77-91.
16. Santana MC, Raj A, Decker MR, La Marche A, Silverman JG. Masculine gender roles associated with increased sexual risk and intimate partner violence perpetration among young adult men. *J Urban Health* 2006;83(4):575-585.
17. Ohnishi M1, Nakao R, Shibayama S, Matsuyama Y, Oishi K, Miyahara H. Knowledge, experience, and potential risks of dating violence among Japanese university students: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011;19(11):339.
18. Kaukinen C. Dating violence among college students: the risk and protective factors. *Trauma Violence Abuse* 2014;15(4):283-96.
19. Smith HP, White JW, Holland LJ. Longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *Am J Public Health* 2003;93(7):1104-1109.
20. Kabasakal Z, Gırlı A. Üniversite öğrencilerinin kadına yönelik şiddet hakkındaki görüşlerinin, deneyimlerinin bazı değişkenler ve yaşam doyumu ile ilişkisi (DEÜ Buca Eğitim Fakültesi örneği). *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012;14(2):105-123.



## Evrensel Etik İlkeler Işığında Açlık Grevleri ve Hekimlik Hunger Strikes and Medical Values In The Light of Ethical Principles (Letter to the Editor)

*Dr. Onur Naci Karahancı<sup>1</sup>, Dr. Nüket Örnek Büken<sup>2</sup>*

The article titled "Hunger Strikes and Medical Values In The Light of Ethical Principles" was published in the 26th volume and the 4th issue of TMA Journal of Continuing Medical Education.

The Malta Declaration referred to in the article is the version adopted in October 2006 at Pitanesberg, the General Assembly of the 57th World Medical Association (DTB) in South Africa.

However, shortly after the publication of the article, in October 2017, the Malta Declaration was renewed at the 68th DTB General Assembly in Chicago, USA.

### Sayın Editör,

Editörü olduğunuz TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisinin 26. cilt ve 4. sayısında yayınlanan 'Evrensel Etik İlkeler Işığında Açlık Grevleri ve Hekimlik' adlı makalede atıf yapılan Malta Bildirgesi, Ekim 2006'da Pitanesberg, Güney Afrika'da yapılan 57. Dünya Tabipleri Birliği (DTB) Genel Kurulunda kabul edilmiş olan versiyonudur. Ancak makalenin yayınlanmasından hemen sonra Ekim 2017'de Chicago, ABD'de yapılan 68. DTB Genel Kurulu'nda Malta Bildirgesi yenilenmiştir.

Malta Bildirgesi'nin yeni versiyonu ile makalede değinilmiş olan bazı eleştiriler ve önerilerin de ele alındığı görülmektedir. Ayrıca makalede güncel bir vaka olarak sunulan, Türkiye'de iki eğitimcinin başlattığı açlık greviyle ilgili olarak da etik açıdan değerlendirilmesi gereken yeni durumlar ortaya çıkmıştır.

Bunun yanı sıra Polonya'da, genç hekimler; sağlığa ayrılan bütçenin artırılması, daha iyi çalışma koşullarının sağlanması gibi öncelikli talepleriyle açlık grevine başlamışlardır. Yukarıda belirtilen yeni gelişmeler doğrultusunda bu metnin hazırlanması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Yapısal olarak değerlendirildiğinde: 2006 Malta Bildirgesi'nde 'giriş' ve 'açlık grevcilerinin bakımı için ana hatlar' olmak üzere iki ana başlık bulunmaktayken; 2017 Malta Bildirgesi'nde 'giriş', 'ilkeler' ve 'ulusal tabip birliklerinin ve Dünya Tabipler Birliğinin rolü' olmak üzere üç ana başlık bulunmaktadır. Ana başlıklar ve alt başlıkları, yükümlülükler ve muhataplarını daha netleştirmiştir. 2017 Malta Bildirgesinde, bir önceki bildirgenin aksine muğlak ifadeler olabildiğince kaldırılmıştır. Açlık grevi, açlık grevcisi ve açlık grevcisinin amaçları daha açık tanımlanmıştır. Hekimleri bağlayan etik ilkeler başlıklar halinde tanımlanmıştır. Yeterlik, zorla besleme, zorla tedavi, zorla müdahale, hekim örgütlerinin sorumlulukları daha açık olarak ortaya konmuştur. 2006 Malta Bildirgesi'nde giriş kısmı daha çok hekimlere yönelik iken, 2017 Malta Bildirgesi'nde giriş kısmı öncelikle açlık grevlerini tanımlamaktadır: "... genellikle taleplerini başka yollardan ortaya koyma imkânları bulunmayan kişilerin başvurdukları bir protesto biçimidir..." 2006 Malta Bildirgesi giriş kısmında açlık grevcisi-hekim ilişkisinin nasıl belirleneceği ve neden açlık grevcisine "hasta" denileceği belirtilirken; 2017 Malta Bildirgesi'nin giriş kısmında bununla ilgili bilgi

*1 Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD, Ankara*

*2 Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD, Ankara*

bulunmamaktadır. Tanımın olmaması açlık grevi eylemcisinin haklar bağlamında hasta gibi değerlendirilememesi bağlamında eksiklik olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte 2017 Malta Bildirgesi'nde ilkeler ana başlığı altında, konu ile ilgili etik ilkeler daha açık belirtilmiş olduğu söylenebilir.

2017 Malta Bildirgesi'nde ilkeler ana başlığı altında, hekimin etik davranma ödevi, özerkliğe saygı, yarar ve zarar, ikili bağlılıkların değerlendirilmesi, klinik bağımsızlık, gizlilik, güven oluşturma ve hastanın yeterliklerinin değerlendirilmesi, başlıklar halinde açıklanmıştır. Yine hekimlerin en kısa sürede anamnez alması gerekliliği, aydınlatılmış onam, ayrıntılı muayene, iletişim sürekliliği, hekimlerin açlık grevcilerini zorlamalara karşı koruma gereklilikleri ilkeler ana başlığı altında açıklanan diğer alt başlıklardır. 2006 Malta Bildirgesi'nde olduğu gibi 2017 Malta Bildirgesi'nde de sağlık çalışanlarının hiçbir biçimde açlık grevcileri üzerinde baskı uygulayamayacağı; tedavi ya da bakımı herhangi bir koşula bağlı yapamayacağı açıkça vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra kelepçeleme, tecritte tutma, yatağa bağlama, açlık grevi ile bağlantılı kısıtlamaların kesinlikle kabul edilemez olduğu bildirilmiştir.

2017 Malta Bildirgesi'nde ayrıca tedaviyi ret hakkına saygı duyulması gerekliliği açıkça vurgulanmış, kişinin bilincinin kapanması durumunda, daha önce dile getirdiği isteklerin göz önünde bulundurulması gerekliliği de daha net ifade edilmiştir. İsteklerin değerlendirilmesinde yalnızca fiziksel sağlık durumunun değil, kişisel ve kültürel değerlerinin de dikkate alınması gerekliliği belirtilmiştir. Bildirge'de ayrıca, ahlaki tutumun bireyin isteği dışında müdahaleler yapmak değil, açlık grevcisinin gerekirse onurlu bir biçimde ölmesine izin vermek olduğu da belirtilmiştir. Bireyin isteği dışında tedavisinin, tedavi reddi beyanına aykırı hareket eden hekimleri sorumlu kılacağı vurgulanmış; hekimin bununla ilgili etik sorumluluğu konusunda '*mesleki disiplini sağlayan kurumlar*' ifadesiyle tabip odaları adres gösterilmiştir.

Yapay beslenme ancak bireyin onamına bağlanmıştır. Rektal hidrasyon açıklanarak, bu yöntemin hiçbir zaman kullanılmayacağı belirtilmiştir. Bir hastanın ağızdan beslenmesi için ancak fiziksel olarak hazır olması ve beslenmenin güncel tıbbi rehberlere göre yapılacak olması vurgulanmıştır. Bu madde özellikle zorla tıbbi müdahalelerde ya da ilk müdahalelerde, direkt ağızdan besleme gibi hatalı yaklaşımları uyarmak amaçlı olarak değerlendirilebilir. Açlık grevcilerinin zorla beslenmesi 2017 Malta Bildirgesi ile net olarak tanımlanmıştır ve '*zorla besleme etik açısından hiçbir zaman kabul edilemez*' ifadesi kullanılmıştır. '*Bunun kadar kabul edilemez bir uygulama da, diğer açlık grevcilerini sindirmek ya da açlık grevini sonlandırmaya zorlamak amacıyla başka tutukluların zorla beslenmesidir.*' ifadesiyle, geçmişte yaşanan kötü deneyimlerin tekrarlanmamasına çalışılmıştır.

Dünya Tabipler Birliği ve ulusal tabip birlikleri için de başlık açılarak, Ulusal tabip birliklerine 2006 Malta Bildirgesi'nde olduğu gibi açlık grevcilerine etik yaklaşım, tedavi ve tıbbi müdahaleler konusunda hekimler için eğitim programı oluşturma sorumluluğu verilmiştir. Etik ilkelere ödün vermesi istenen ya da buna zorlanan hekimler için Hamburg Bildirgesi adres gösterilmiş ve ulusal tabip birliklerinin, etik olarak haklı bir konumu savunmaları sonucunda siyasal baskılara maruz kalan hekimleri destekleyeceği ifade edilmiştir.

2017 Malta Bildirgesi de göz önünde bulundurularak son dönem açlık grevinde olan iki eğitimci için güncel değerlendirme yapılması kaçınılmazdır. İşlerini geri istedikleri için 9 Mart 2017'de açlık grevine başlayan iki açlık grevcisi halen eylemlerine devam etmektedir. İki açlık grevcisinin tutuklanması sonrası tepki olarak biri açlık grevcisinin eşi toplam dört kişi açlık grevine başlamış ve devam etmektedirler. Açlık grevindeki iki eğitimci önce tutuklanmış, sonra mahkemeye iki gün kala iradeleri dışında cezaevi hastanesine kaldırılmıştır. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi de bireylerin açlık grevi eylemini görmezden gelerek bunu tıbbi bir durum olarak değerlendirmiş ve iki açlık grevcisinin tutukluluklarına karşı yaptıkları

başvuruyu, cezaevi kampüs hastanesinde oldukları için reddetmiştir. Ancak Malta Bildirgesi'nde de belirtildiği gibi bu bireyler hasta değil, açlık grevcisidir ve tedaviyi reddetmektedirler. Ayrıca bu bireyler cezaevindeki koşullarının -refakat eden diğer mahkumların olması, havalandırmalarının olması, mahremiyetlerinin olması, avukatlarıyla daha rahat ve uzun görüşebilmeleri...-, hastanedeki koşullarından daha iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi etik olarak tartışmalı kararında ayrıca, açlık grevini başından beri takip eden ve kendilerinin seçtiği hekimlerinin muayenesi için açlık grevcilerine izin verilmesi gerektiğini de belirtmiştir. Açlık grevcilerinin hekimleri, cezaevi kampüs hastanesine gittiklerinde açlık grevcilerini muayene edememişlerdir. Başsavcılığın yazısında, açlık grevcilerinin ancak hastane hekimleri tarafından muayene edilebileceği belirtilmiş ve açlık grevcilerinin belirledikleri hekimlerin buna yalnızca eşlik edebileceği söylenmiştir. Yine başsavcılık yazısında açlık grevcilerinin belirlediği hekimlerin, ancak onları bu eylemden vaz geçirmek üzere görüşebilecekleri belirtilmiştir. Ancak giden hekim heyeti, 2006 Malta Bildirgesinin *"Hekim ya da diğer sağlık personeli açlık grevinin kırılması için herhangi bir baskı yapamaz. Tedavi ya da bakım bu amaçla kullanılamaz"* maddesini anımsatarak hekimlerin görevlerinin bu olmadığını vurgulamış, başsavcılığın isteğini reddetmiştir. Her iki açlık grevcisi de ziyaret esnasında, ancak belirledikleri hekim heyetinin muayenesini kabul edecekleri yanıtını vermişlerdir. Başsavcılık yazısı gerekçe gösterilerek, giden hekim heyetine muayene izni, cezaevi hastanesi yönetimince verilmemiştir.

İlerleyen mahkeme süreçlerinde eğitimcilerden birisi tahliye edilirken, diğeri önce yoğun bakıma daha sonrasında da mahkûm koşusuna yine iradesi dışında zorla yatırılmıştır. Daha sonrasında diğer açlık grevcisi de serbest kalmış ve her iki açlık grevcisi de eylemlerine devam etmiştir. İki açlık grevcisi eylemlerinin 324. gününde taleplerinden birisi olan, OHAL Komisyonunun ihraç edilmelerine itirazlarına cevap verilmesi,

isteklerinin yerine gelmesi üzerine, 26 Ocak 2018 tarihinde, eylemlerine son vermişlerdir. Aynı zamanda onlara destek veren iki açlık grevcisi de açlık grevlerini sonlandırmıştır. Aynı gün tedaviyi kabul etmiş, hastanede tedavi altına alınmışlardır.

Sonuç olarak, açlık grevi bir sağlık sorunu değil, bir eylem biçimi ve protesto olarak kabul edilmelidir. Bu eylem şekline en son başvuracağı düşünülen sağlık emekçilerinin bile, Polonya'daki genç hekimler örneğinde olduğu gibi, bu protesto yöntemine başvurabildikleri görülmektedir. 2017 Malta Bildirgesi, etik anlayışla hazırlanmış yaşayan bir belge olarak; günün koşulları ve yeni gelişmelere göre tutum almaya çalışılan bir rehber niteliğindedir.

Ancak Türkiye'de ciddi gündem halini almış olan iki açlık grevcisinin özellikle cezaevi süreçlerindeki yaşantıları ve deneyimleri; hukukun uygulanışının, etik tutumları engeller konumunu gözler önüne sermiştir. Toplum düzeninin, insanın değeri ve insan yaşamının önemini önüne konulması anlayışı bu vakada görünür kılınmıştır. Burada İşkence ve Diğer Zalimane İnsanlık Dışı Aşağılayıcı Muamele ya da Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için El Kılavuzu (İstanbul Protokolü)'nün Çifte Yükümlülüğün Getirdiği İkilemler alt başlığını anımsatmakta fayda var: *'Etik ile hukukun çeliştiği durumlarda ikilemler ortaya çıkar. Sağlık çalışanlarının, etik yükümlülükleri nedeniyle belli bir yasaya, örneğin hasta hakkında gizli tıbbi bilgilerin açıklanması gibi bir yasal yükümlülüğe uymamalarını gerektiren durumlar olabilir. Ulusal ve uluslararası etik ilkeler açıklamalarında, hukuk da dahil olmak üzere diğer zorunluluklar nedeniyle sağlık çalışanlarının tıbbi etiğe ve vicdanlarına aykırı davranmaya zorlanamayacakları konusunda yaygın bir uzlaşma bulunmaktadır. Sağlık çalışanları bu tür durumlarda, temel etik kuralları tehlikeye atmaktan ya da hastaları ciddi tehlikeye maruz bırakmaktansa, hukuka ya da yasal düzenlemelere uymayı reddetmelidirler.'*

Birçok alanda olduğu gibi tıpta da değer sorunları ortaya çıkmaktadır. Felsefenin bir alt disiplini olarak etik yaşanan sorunlara cevap ararken, aynı zamanda kendi cevaplarına da sürekli soru sormaya devam eder. Yaşamın içinde her yeni ve özgün durum etiğin konusu olur. Dünya Tabipler Birliği'nin sağlığa dair ortaya koymaya çalıştığı ve

sürekli yeniden sorguladığı etik ilkeler de bu kapsamda değerlendirilebilir. Malta Bildirgesi de Dünya Tabipler Birliği'nin açlık grevleri özelinde süregelen etik ilkeler belirleme çabasına iyi bir örnektir. Hekimler açlık grevleri gibi sağlık alanında yaşanan birçok etik ikilemde, ilgili sorun alanlarında, eleştirel değerlendirmeler ve tartışmalar yapabilmeli; değerleri önceleyen tutumlar almak konusunda sürdürülebilir çabalarını devam ettirebilmelidirler.

**İletişim:** Dr. Onur Naci Karahancı

**E-posta:** onurnaci@gmail.com

### Kaynaklar

1. TTB. Merkez Konseyi, Füsün Sayek TTB Raporları/ Kitapları-2009 Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2009.
2. "WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers", 15 10 2017. [Çevrimiçi]. Available: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>. [Erişildi: 29 12 2017].
3. "Dünya Tabipler Birliği Malta Bildirgesi'ni güncelledi" 23 10 2017. [Çevrimiçi]. Available: [http://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=dc62059a-b7f3-11e7-9b9a-3e055bbc9cd9](http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=dc62059a-b7f3-11e7-9b9a-3e055bbc9cd9). [Erişildi: 29 12 2017].
4. "Polish resident doctors end hunger strike, announce 'harsher' forms of protest", 30 10 2017. [Çevrimiçi]. Available: <http://thenews.pl/1/9/Artykul/332768,Polish-resident-doctors-end-hunger-strike-announce-harsher-forms-of-protest>.
5. "Polish doctors on hunger strike in healthcare row", 28 10 2017. [Çevrimiçi]. Available: <http://www.bbc.com/news/world-europe-41777785>.
6. "Gülmen ve Özakça'nın Sağlık Durumlarına İlişkin Açıklama 16/08/2017", 16 Ağustos 2017. [Çevrimiçi]. Available: <http://www.ato.org.tr/announcement/show/350>.
7. "Polonya'da asistan hekimler ağır çalışma koşulları ve sağlığa bütçeden ayrılan payın düşüklüğü nedeniyle açlık grevinde", 20 10 2017. [Çevrimiçi]. Available: [https://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=55bbb2a0-b57a-11e7-965b-3e055bbc9cd9&1534-D83A\\_1933715A=1ab4eeeb41e27d4071f3d084df671acc76ce7411](https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=55bbb2a0-b57a-11e7-965b-3e055bbc9cd9&1534-D83A_1933715A=1ab4eeeb41e27d4071f3d084df671acc76ce7411). [Erişildi: 30 12 2017].



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

#### Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, [www.ulakbim.gov.tr](http://www.ulakbim.gov.tr)). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınmayacaktır.

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

**1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş, iletişim bilgileri, eposta adresi, adı soyadı ve ORCID numarası (<https://orcid.org/>) belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazarı dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

**2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

**3. Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

**4. Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

**5. Sonuçlar:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

**7. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımcı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

**8. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgileri güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt

yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla otuz (30) kaynak kullanılabilir.

**Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.**

**Tipik dergi makalesi:** Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

**Kitap:** Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers;1966.

**Kitap bölümü:** Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

**Web Sitesi:** Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

**9. Tablolar:** Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmalar ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: \*, †, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

**10. Şekiller ve Fotoğraflar:** Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

#### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

**1. Sayfa numaraları:** Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

**2. Başlıklar:** Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

**3. Birimler:** Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

**4. Rakamlar:** Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayrılarak belirtiniz."

**5. İlaç adları:** Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

**6. Kısaltmalar:** Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetle kısaltma kullanılmamalıdır.

**7. Yüzdeler:** Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

**8. Sözcük sayısı:** Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

**9. Çeviri:** Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

**Metinlerin Gönderilmesi:** Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir.

Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. **Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır.** Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.